

علاج اضطرابات الشخصية

إعداد: شيراز محمد خضر

تعريب: فريق دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع



الطبعة الأولى

2022

www.academy.house

علاج اضطرابات الشخصية



المحتويات



الشخصي

يشير مصطلح الشخصية إلى صفات الأفراد الدائمة الموضحة من خلال تصرفاتهم و سلوكهم مجموعة متنوعة من الظروف، و الذى نستخدمه للتميز بين الأفراد،و لذلك تختلف الشخصية من الاضطراب العقلي في السلوك الذى يحدد من خلال الحياة في حين أن السلوك الذى يحدد الاضطرابات العقلية يختلف عن سلوك الشخص السابق. فعندما نقول أن الشخص المريض العقلي ليس في حالته الطبيعية ؛ فإننا نتفهم شخصيته و سلوكه المعتاد. يمكن أن نميزه بسهوله عندما يتغير السلوك بشكل ملحوظ خلال فترة قصيرة من الزمن (كحال الاضطراب الهوسى)، و لكنه سيكون صعب عندما تتواجد تلك التغيرات بشكل تدريجي (كبعض الحالات في انفصام الشخصية).

- **أهمية الشخصية:**

إن اكتساب أدراك شخصية الفرد هو أمر مهم جداً في طب النفس، هناك بعض الشخصيات عرضة للاضطرابات الشخصية و قد تكون مسؤولة عن سمات غير اعتيادية و تلوين عرض اضطرابات نفسية، و قد يوضح أيضاً كيف يقترب المريض من العلاج و يملى استراتيجيات مختلفة لإنشاء و الحفاظ علي علاقة علاجية ناجحة.

● **الشخصية كاستعداد:**

يمكن استعداد الشخصية لاضطراب طب النفس عن طريق تحديد استجابة الفرد للأحداث المرهقة، على سبيل المثال، إن من المحتمل أن تحث النتائج السلبية على اضطراب مقلق في شخص دائم القلق بخصوص أقل الأمور.

● **الشخصية كعامل مرض الشخصية البلاستيكية:**

يمكن أن تساهم الشخصيات في سمات غير اعتيادية للاضطرابات، و بالأخص عندما يصبح أثر الشخصية مبالغاً فيه مع المرض، على سبيل المثال، فإن الاجترار و المنع قد يكون عرض لإحباط الفرد ذو الشخصية الوسواسية، إن التشخيص الكامن يمكن أن يحجب ؛ إذا لم يقم الطبيب النفسي بالتقييم الدقيق للشخصية.

● **الشخصية في العلاقة و حتى العلاج:**

إن الشخصية عبارة عن حسم هام لنهج علاج الفرد، على سبيل المثال، الأشخاص ذو الشخصيات الوسواسية قد يقاوموا و يصابوا بالإحباط ؛ إذا كان العلاج لا يتماشى مع توقعاتهم، و الأشخاص العرضة للقلق قد يتوقفون عن استمرار العلاج قبل أوانه بسبب قلقهم حول أدنى الأعراض الجانبية. و غالباً ما يتأثر بعض الأشخاص ذو الاضطرابات الشخصية الشديدة، و بالأخص الاضطراب المطلق عليه مجموعة "ب" (منعزل – حدودي – متهور – متكلف –

نرجسي، انظر للأسفل) بشكل فعال باستبعادهم من الخدمات ؛ و ذلك بسبب صعوبة العلاقات التي كونها مصاحبة للأطباء المعالجين. هذه مشكلة كبيرة جداً، حيث أنه هناك دليل قوى جداً على أن الاضطرابات الشخصية لديهم مخاطر متزايدة لنطاق من المرض العقلي (موران 2002) هناك حركة مدبرة لإصلاح ذلك (المعهد المحلى للمرض العقلي في إنجلترا 2003).

غالباً ما يكون المرضى حذرون من شخصياتهم – فهم يعلمون إذا كانوا عاطفيين، أخلاقيين، قلقون. الاعتراف بهذا الأمر بشكل دبلوماسي (مع ملاحظة الجوانب السلبية و الإيجابية) و مناقشة إمكانية أن يصبح تفاعله مع علاجهم (و مع حياتهم بشكل عام) آلية فعالة في الحفاظ على العلاج.

أنواع الشخصيات:

إن الخطوة الأولى في فهم الشخصية هي عن طريق تحديد بعض الأنواع الأساسية، استمد الأطباء هذه الأنواع من التجارب السريرية و من التفكير السليم مع عدة تصنيفات تعريفية في العموم، مثل النوع الاجتماعي و الهاوي للخروج، و النوع المنعزل و ذو الوعى الذاتي، و النوع القلق و الخجول. تبين أطباء النفس نهج علمي أكثر دقة باستخدامهم لاختبار الشخصية لقياس جوانب الشخصية كالقلق و الطاقة و المرونة و العدائية و التهور و المزاجية و الحدودية و الاعتماد على الذات ثم تخضع هذه الاختبارات إلى نظريات الإحصاء ؛لاكتشاف أي من هذه العوامل قد تجمعت سوياً لتكون عوامل.

على الرغم من أن هذه الإجراءات الإحصائية قد تبدوا عملية جداً إلا أنه من المهم أن نتذكر أن نتائجها تحدد بفرضيات المحققين الأصلية (و التي بدت مهمة لهم و اشتملوها في تحليلهم، و بالترتيب الذى اشتملوهم به.. إلخ)، كالتشخيص، فتلك الفرضيات ضرورية جداً و التي تتطور باستمرار و لا يجب معاملتها بتبجيل أكثر من اللازم– فقيمتهم تكن في فائدتهم.

استمد محققين مختلفين عوامل شخصية مختلفة من تجارب كهذه. حدد كاتل (1963) 5 عوامل، في حين اقترح أيزنك إثنان فقط و هما الأبعاد (عوامل ذو مستوى رفيع) و التي قام بتسميتهما بالانبساط و الانطواء، الإضرابات العصبية.

قام بعد ذلك بإضافة البعد الثالث ؛ و هو مفهوم الذهانية (أيزنك و أيزنك 1976)، و لكن استخدامه للمصطلح كان مضللاً و يدل على البرودة و العدوانية و القسوة و السلوك الغير اجتماعي.

استمرت تركيبة العوامل الخمسة للشخصية على الرغم من تنوع المصطلحات المستخدمة لتلك العوامل؛ فيمكن تعريفهم كانفتاح للتجارب (أو سعى للحداثة) بإخلاص و بانبساط و بانطواء و باستمتاع و بالاضطرابات العصبية. اقترح ويدجر و كوستا (1994) أن كل تلك العوامل الخمسة مكونة من ستة مسارات و في قائمة من التقييم المطور مبنية على التقرير الذاتي و تقرير من مقدمي المعلومات (كوستا و ماككرأي 1992) و كذلك المقابلات الشبه منظمة (ترال و ويديجر 1997).

قام كلونينجر إت أل (1993) بتطوير خطة بديلة لثلاث سلوكيات أساسية منظمة تم التعبير عنهم كالمزاجات الأربعة الأساسية (نموذج للعوامل السبعة) ؛ المزاج السلوكي و تفعيل السلوك و منع السلوك و الحفاظ على السلوك. اعتبر كلونينجر أن تفعيل السلوك سيتم بالتعاون مع المزاجات الأساسية من السعي للحداثة، و منع السلوك سيتم مع تجنب الأذى، و الحفاظ على السلوك مع مكافئات الاستقلالية، و الحالة المزاجية الرابعة هي المثابرة، كما أن خطة كلونيجر

اشتملت على مسارات ثلاث طوابع. إن خطة كلونيجر جديرة بالثقة لنتيجتها لكلا الاختلافات الموروثة في الوظيفة المخية و على تأثير الخبرات.

مخطط هذه العوامل الشخصية قد نجا على الرغم من النقد المستمر بأنهم معتمدين بشكل كبير على ما اشتمله التحليل الأصلي للعوامل. انتقد زوكرمان 2005 أيضاً هذه النظريات ؛ و ذلك لأنهم افترضوا أن هناك انحياز بين مسارات الشخصية و أنظمة المخ (زوكرمان 2005)، في السنوات الأخيرة كان هناك بعض التحسينات مع تشديد أكبر على العوامل الإدراكية. اقترح ماثيو نظرية تبنى الإدراك (ماثيو و دورن 1995، بنكى و دينيس 2007)، و أكد ميشل على الطبيعة الديناميكية للشخصية في نظامه الإدراكي الفعال (ميشل إت أل 2003) لها مجلدات ثقيلة، و ذلك الاهتمام في التعمق في فهمهم قد ينصح للأفضل لأن يبدأ باستشارة زميل في طب النفس السريري.

بغض النظر عن هذا النهج العلمي، فإن الأطباء مستمرين في استخدام الكلمات اليومية لوصف الصفات الإيجابية و السلبية للشخصية الطبيعية. تشتمل الصفات الإيجابية على "الاجتماعية"، "الثقة بالنفس"، "الاستقرار"، "القدرة على التكيف"، و تشتمل الصفات السلبية على "الحساسية"، "الغيرة"، "التهور"، "التمركز حول الذات"، "العدوانية "، "القسوة"، " سرعة الغضب".



أصل الشخصية:

الأساسيات البيولوجية لأنواع الشخصية:

التأثيرات الجانبية:

تقترح الملاحظات اليومية بأن الأبناء غالباً ما يشابهون شخصيات أبائهم، فهذا التشابه قد يكون موروثاً و قد يكون مكتسب من خلال التعلم الاجتماعي. هناك ثلاث أنواع من الدراسات العلمية تم استخدامهم لدراسة الشخصية الموروثة.

دراسة شكل الجسد و الشخصية. ارتبطت اختلافات الشخصية باختلاف شكل الجسد(إحيذر من بروتوز، فلديه مظهر الضعيف الواهن و الجائع) إذا كان هذا صحيحاً فسيكون الرابط جيني. وصف كريستشمر 1936 ثلاث أنواع لبنية الجسد – غليظ (ممتلئ الجسد و مستدير)، رياضياً (ممتلئ بالعضلات)، واهن (ضعيف و نحيف). و قد اقترح أن بنيان الجسد الغليظ مرتبطة بنوع الشخصية الدوروية المزاج(اجتماعي بمزاجات متغيرة)، في حين أن الجسد الواهن مرتبط بنوع الشخصية الفصامية (بارد، منعزل، متكيف بذاته). اعتمدت أفكاره على أحكام موضوعية و تم تأثيره بتجربة الاضطراب الذهاني المصاحب (الاضطراب الهوسى الاكتئابي و الانفصامي)، استخدم شيلدون نظريات كمية لتقييم بنية الجسد و تقييمات أكثر موضوعية للشخصية، و فشل في دعم الرابط (شيلدون إت أل 1940).

دراسات التوأم. تم إيجاد المزيد من الأدلة المباشرة في اختبارات الشخصية للتوأمين الذين تربيان سوياً أو اللذان تربيا منفصلين، و قد اقترح بذلك أن عملية توريث المسارات للانبساط و الاضطرابات العصبية هي بنسبة 35 – 50 % (ماكجوفين و ثابر 1992) و عملية توريث المسارات الأخرى المشابهة على نطاق واسع.

دراسات الربط. الدراسات الجينية الجزئية قد سعت لربط قياسات السعي للحداثة و للاضطرابات العصبية و قد تم تحديد مسارات كمية لعدة مواقع وراثية لتأثير التغييرات في الاضطرابات العصبية (فلورتن إت أل 2003) الربط بين تجنب الأذى و نطاق من 8p21 قد تم تحديدها في دراسة واحدة (زوهير إت أل 2003). فدراسات مثل هذه صعبة و تتطلب تأكيد و لكنهم سيستطيعون توضيح الأساسيات البيولوجية لبعض نواحي الشخصية.

مزاج الطفولة و شخصية البالغين :

تختلف أنماط تصرف الأطفال الصغار في النوم و المشي و الانسحاب من المواقف الجديدة و في حدة استجاباتهم المشاعرية و في مدى الاهتمام، هذه الاختلافات من شأنها أن تكون أساسيات لتطوير الشخصيات و على الرغم من أنهم يستمرون في مرحلة الطفولة إلا أنهم لم يظهروا أي علاقة بتصرفات الشخصيات البالغة (بيرجر 1985).

تجربة الطفولة و تطور الشخصية:

تقترح الخبرات اليومية بأن تجارب الطفولة تشكل الشخصية (يبنى المجتمع على هذا الافتراض) ، و لكن ليس من السهل أن يوضح ذلك، التجربة التي تبدو ذو علاقة صعبة لتحدد أو لتسجل بثقة، و أنه من شدة الصعوبة و مكلف لإجراء دراسات مستقبلية و التي تمتد عبر الفترة الزمنية من أحداث الطفولة و حتى شخصية بالغة. الدراسات المتطلعة إلى الوراء من السهل التعامل معها، و لكن استدعاء التجارب الطفولية لا يعتمد عليها، على الرغم من أن المعلومات التي تم جمعها من الناحية العلمية متناثرة(انظر إلى القطاع حول المسببات المرضية للاضطرابات الشخصية بالأسفل، نظريات العلاج الديناميكي النفسي لفرويد احتفظ بتأثير كبير.

أكدت نظرية تطور الشخصية لفرويد على أهمية الأحداث خلال الأعوام الخمسة الأولى في الحياة، اقترح فرويد أن المرحلة الحرجة تطور الرغبة الجنسية (و التي بالأحرى أشار إليهم بشكل غير مفيد بشفهي و شرجي و تناسلي) هي التي يجب أن يتم تحقيقها بنجاح لتطور صحى للشخصية، يشرح فشل أو تثبيت سمات معينة لشخصيات البالغين في مرحلة معينة و لكن تأثيره أقل قوة، تفسير فرويد شامل بشكل مفرط به و مرن و يمكن أن يستخدم لشرح جميع تغييرات الشخصية من حيث تجربة الأطفال، و لكن مرونتها تجعلها من المستحيل أن يتم اختيارهم بشكل علمي، على الرغم من ذلك، فإنها تحتفظ بمناشدة هائلة و بديهية و يستخدم بشكل واسع في كلا داخل و خارج الطب النفسي.

تدرك نظرية جينج لتطور الشخصية أهمية الحدث النفسي في الحياة المبكرة و لكن بخلاف فرويد اعتبر جينج أن تطور الشخصية عملية مستمرة على مدى الحياة و اعتبر أن تميز الصفات الشخصية هو هدف تطور الشخصية، و قد قيمت نظرياته بشكل خارجي بعلاقتها بالاضطرابات اللاحقة في الحياة، و قد اقترح نظرية منظمة للشخصية و قدم مصطلحات الانطوائي و الانبساطي.

رفض ألدر و فروديان الجدد تركيز فرويد الحصري حول تطوير الرغبة الجنسية. و أكد ألدرعلى النضال من أجل الإتقان (متغلباً على عقدة النقص) كقوة دافعة في

تطور الشخصية، أكد فروديان الجدد (فروم – هورن – سوليفان) بشكل متزايد على العوامل الاجتماعية و مجموعة الزملاء في تطور الشخصية.

إريك إريكسون اقترح عملية ضرورية مشابهة لفرويد و على الرغم من أن تسميته هي أقل من وضعه و موضوعة في إطار مصطلحات تحديات تطور الشخصية، فإن المرحلة الشفهية هي عبارة عن الثقة في مقابل عدم الثقة عند الشعور بتطور الأمان، المرحلة الشرجية، هي مرحلة التحكم الذاتي في مقابل الشك عندما يتعلم الطفل التحكم بالذات و قواعد المجتمع و الثقة بالنفس، المرحلة التناسلية، هي عبارة عن المبادرة في مقابل الذنب عندما يكون الطفل صورته كشخص بالغ ؛ مما يؤدى إلى الثقة و المبادرة. و وسع إيركسون فكرة فرويد لزمن الوصول لسن المراهقة و أطلق عليها مرحلة الصناعة في مقابل عقدة النقص، أدركت خطة إيركسون أهمية سن المراهقة لتكون الشخصية في حين تجاهله فرويد بشكل كبير.

تقييم الشخصية:

هناك أمران بحاجة للتأكيد، أولهما هو أن تقييم الشخصية المستخدم في الحياة اليومية لا يمكن الاعتماد عليه في الممارسة السريرية الطبية، فعادة نفترض أن السلوك الحالي يعكس طرق الشخص الاعتيادية للسلوك، و في العموم هذا الافتراض صحيح و هذه الحالة لا نقوم بها بتقييم المرض لأن سلوكهم الحالي يعكس تأثير مرضهم و شخصيتهم، و يمكن الحكم على شخصية المريض بكل ثقة من خلال السلوكيات السابقة المعتمد عليها و الصادرة لنا من خلال مجمعي المعلومات أو من خلال المريض نفسه، و الأمر الثاني، هو أنه على الرغم من أن آليات التقييم المتطورة للشخصية و المذكورة سابقاً ، قد يعتمد عليها أكثر مع الأفراد الأصحاء، إلا أنه قد يكون مضلل في حالة وجود اضطراب عقلي، بالإضافة لذلك، نادراً ما يقيسون التجارب ذات الصلة بالممارسات السرسرية الطبية لاختبارات الشخصية، على الرغم من أنها مفيدة في الأبحاث إلا أنها نادراً ما تستخدم في الممارسات السريرية الطبية

أهمية تقييم الشخصية:

إن تقييم الشخصية أمر مهم جداً عندما نتخذ قرار بخصوص المسببات المرضية، و التشخيص، و العلاج، ففي المسببات المرضية، معرفة الشخصية تفيد في شرح بعض الأحداث المعينة و التي من شأنها أن توتر المريض في التشخيص، فإن فهم الشخصية قد يشرح سبب وجود عوامل غير اعتيادية في الاضطرابات و التي قد تسبب في عدم اليقين، في العلاج، فإنه جزء تكاملي لكل تركيبة و ليس لمن يكون هناك شك بوجود اضطراب في شخصيته. أنه من الأفضل أن تسجل مجموعة من العناصر الوصفية المختارة من مميزات تقبل اضطرابات الشخصية، و ذلك لأن أغلب العوامل النظرية للشخصية مستخدمة في العموم لتساعد الطبيب، أمثلة على ذلك "حساس"، "فقدان الثقة بالنفس"، "عرضة للقلق". وصف كهذا يساعد في بناء صورة لسمات فريدة لكل مريض و التي تعتبر العناصر الأساسية لممارسة طبية سريرية جيدة.

اضطراب الشخصية:

مفهوم الشخصية الشاذة:

هناك بعض الشخصيات الشاذة بشكل واضح، على سبيل المثال، الشخصيات المصابة بجنون الارتياب ؛ يوصفوا بالارتياب الهائل و الحساسية و عدم الثقة، على الرغم من أنه من المستحيل تحديد خط فاصل بين الشخصيات الطبيعية و الشخصيات الشاذة؛ إلا أنه يتم تحديد الشخصيات الشاذة بسبب أنماط سماتهم الخاصة. هناك نوعان من المعايير قد تم اقتراحهما، و هما إحصائي و اجتماعي.

تبعاً لمعيار الإحصاء، فإن الشخصيات الشاذة ذات تنوع كمي عن الطبيعي، و الخط الفاصل بينهم تم تحديده من خلال فصل النقاط من على مقياس ملائم، هذا النهج جذاب، حيث أن أوجه الشبه به المستخدمة بنجاح عند تحديد الذكاء الغير اعتيادي،و له قيمة واضحة في البحث و فائدة في الممارسات الطبية السريرية غير مؤكدة.

تبعاً لمعيار الاجتماع، فالشخصيات الشاذة هي التي تجعل الأخرون يعانون، على سبيل المثال، فإن الشخص الشاذ الحساس و الكئيب قد يتسبب في معاناه الأشخاص الذين لديهم هذه الصفات و الشخص البارد في مشاعره و العدواني قد يتسبب في معاناه الآخرين، هذه المعايير موضوعية و تفتقر لدقة النهج الأول، و

لكنه يخدم احتياجات الممارسات السريرية الطبية بشكل أفضل و تم تبنيه بشكل واسع.

فإنه ليس من أمر مفاجئ أنه من الصعب تحديد إطار تعريف مرضى للشخصيات الشاذة، يصف ICD-9 الاضطرابات الشخصية كالآتي، الاضطرابات الشديدة في ميول الشخصية و السلوك الفرد، ليس بسبب مباشر من المرض أو الضرر أو أي إهانة أخرى للمخ أو من أي اضطراب نفسى آخر، فعادة ما يشتملوا على عدة مناطق للشخصية و غالباً ما يكونوا بمصاحبة محنة شخصية مأخوذة بعين الاعتبار و اضطراب اجتماعي، و هم عادة ما يتضحوا أثناء الطفولة أو فترة المراهقة و يستمرون خلال فترة البلوغ.

يؤكدICD-10 على أنماط دائمة من السلوكيات، و لكن تعريف ICD-9 هو تعريف أكثر إيجازاً و لايزال ذو قيمة. "المحنة الشخصية" التي أشار إليها في ICD-9 قد تكون واضحة في وقت لاحق في الحياة (على سبيل المثال، عندما تفقد علاقة داعمة لك متواجدة منذ زمن)، فعادة ما يكون هناك و ليس دائماً مشاكل محددة في الأداء المهني و الاجتماعي. و من المهم أن تدرك أن الأشخاص ذو الشخصيات الشاذة عادة ما يكون لديهم مساراتهم المفضلة، و التي يجب على الطبيب أن يقيمها دائماً، على سبيل المثال، هؤلاء الذين لديهم مسارات هوسية

غالباً ما يعتمدون على أنفسهم و جديرون بالثقة، و من المحتمل لخطط الإدارة التي تلعب على نقاط قوة الفرد أن تكون مفيدة لهم

في بعض الظروف خلال فترة حياة البالغين قد يكون هناك تغيير عميق و دائم في الشخصية و الذى يميز من خلال التغيرات المؤقتة التي قد تصاحب أحداث مليئة بالتوتر أو مرض ما. قد تنجم هذه التغيرات الدائمة عن :

- إصابة ما أو مرض عضوي في المخ.
- اضطراب عقلي شديد، و بالأخص انفصام الشخصية.
- تجارب التوتر الشديدة الخاصة (على سبيل المثال، تلك التجارب التي خاضها الرهائن أو السجناء الذين تم تعذيبهم).

يحتوىICD-10 على تصنيفات لكل أنواع التغيير، التغيير في الشخصية الناتج عن مرض عضوي للمخ مع اضطراب عقلي عضوي في القطاع F00 و يتضمن التغييرات التي تحدث بعد الإصابة بالتهاب الدماغ و الإصابة في الرأس، و في حالة DSM-IV تم تشخيص تغييرات الشخصية نتيجة لظروف طبية عامة.

في ICD-10 إن الشكلين لتغييرات الشخصية المنصوص عليها بالأعلى تم تصنيفهم في القطاع F60 في اضطراب سلوك و شخصيات البالغين.

لتشخيص تغيير الشخصية الدائم بعد المرض النفسي ؛ يجب أن يستمر ذلك التغيير لمدة عامين على الأقل و أن يكون متعلق بشكل واضح لتجارب المرض، و لا أن يكون متواجد قبل ذلك، كما أن تغير الشخصية بعد تجربة كارثية يجب أن يستمر لمدة عامين أيضاً و يتبعها بالقلق الشديد (على سبيل المثال، الخطف لمدة طويلة، العدوان الإرهابي، التعذيب). غالباً ما يكونوا الضحايا على الحافة، منعزلين عن المجتمع، لا يثقون بأحد، سريعون الغضب، عدوانين، و قد يتلو هذه الحالة اضطراب و توتر ما بعد الصدمة.

التطور التاريخي للأفكار حول الشخصيات الشاذة:

مفهوم الشخصية الشاذة يمكن تعقبه منذ بداية طب النفس كانضباط في مطلع القرن التسعون، عندما وصف الطبيب النفسي الفرنسي بينل الهوس دون الهذيان و يعنى بهذا المرض العرضة لنوبات الغضب و العنف و لكن ليسوا مخدوعين؛ و اعتبرت الهلوسة حينها كسمة مميزة للمرض، و كتب جى سى برتشارك كبير الأطباء في مستشفى بريستول حول الشخصية الشاذة عام 1835 عن الجنون الأخلاقي و اضطرابات العقل الأخرى، و بعد الإشارة للهوس دون الهذيان لبينل، اقترح مصطلح جديد و هو الجنون الأخلاقي و الذى عرفه قائلاً : انحراف المهووسين عن المشاعر الطبيعية، المحبة، الميول، الحالة المزاجية، العادات، ترتيب الإخلاص و التهور الطبيعي، بدون أي اضطرابات أو عيب في التفكير أو

في معرفة أو تعقيل الكليات بشكل ملحوظ و بالأخص بدون أي وهم ارتيابي أو هذيان.

اشتمل الجنون الأخلاقي لدى برتشارد على ظروف قد نشخصها حالياً على أنها اضطراب في الشخصية، فمن المهم أن نتذكر أن مصطلح أخلاق له معنى واسع جداً في هذا الوقت و الذى هو قريب من مصطلحنا في المجتمع، لم يركز العلاج الأخلاقي الذى قدمه بينل و طوره عائلة توك عام 1790 في يورك رتيريت على الحكم الأخلاقي و لكنه ركز على الاجتماعية، لم يحدد بيتشارد هذا المصطلح للأشخاص الذين كانوا يتصرفون دائماً بهذه الطرق:
عندما كان يلاحظ مثل هذه الظاهرة في رابطة مع الصعبين المراس و الذو المزاج المستعصي و اضمحلال في المحبة الاجتماعية، و نفور من أقرب الأصدقاء و أفراد العائلة المحبوبين مع تغيير في الخصائص الأخلاقية للفرد – ستصبح الحالة محتملة الملاحظة

و لاحقاً، استخدم مصطلح الجنون الأخلاقي من قبل هنري ملودلسى بشكل أكثر بينما ندرك اضطراب الشخصية المنعزلة و الغير اجتماعية لوصف شخص ما بأنه ليس لديه القدرة على المشاعر الأخلاقية الحقيقية، فكل نبضاته و رغباته التي يجمعها دون مراجعة، هم أنانية منه، فيبدوا أنه يحكم سلوكه دوافع غير أخلاقية، و التي يقدسها و يطيعها بدون أي رغبة واضحة في مقاومته لها.

أعرب ماودسلى عن عدم رضا متزايد من هذا المصطلح، و الذى أشار إليه على أنه "نموذج للانسلاخ العقلي و الذى لديه مظهر النائب أو الجريمة و الذى يعتبره العديدون من الناس اختراع صحى له أساس من الصحة "

لقد قدم جولياس كوش مصطلح (عقدة النقص السيكوباتية)(كوش، 1891) لهذه المجموعة بشذوذ سلوكية ملحوظة في غياب المرض العقلي أو القصور الفكري، تم استبدال عقدة النقص لاحقاً بالشخصية. لم يكن إميل كرايبيلن واثقاً في البداية كيف يصنف هؤلاء الأشخاص، و لم يقم بتبني مصطلح الشخصية السلوكية حتى نشره للنسخة الثامنة من كتابه التدريسي و قد خصص فصل كامل له متضمناً ستة أنواع لشخصيات أخرى غير النوع الغير اجتماعي (مثل الشخص السريع الانفعال، المشاكل، الغريب الأطوار و الغير مستقر مع الشخص الكاذب و النصاب).

وسع كيرت شيندر مفهوم الشخصية السيكوباتية في حين أن أنواع كاربلين السبعة للشخصية السيكوباتية تتكون من الأشخاص الذين يسببون عدم ملائمة و إزعاج أو معاناه للآخرين. تضمن شيندر أشخاص ذو اكتئاب و عدم أمان ملحوظ مستخدماً مصطلح سيكوباتى ليغطي النطاق الكامل للشخصية الشاذة و ليس فقط الشخصية الغير اجتماعية، اتضح أن للمفهوم معنيان: معنى واسع

الشمول للشخصية الشاذة بكل أنواعها و معنى ضيق للشخصية الغير اجتماعية – مما أدى إلى الارتباك لاحقاً.

في عام 1959 فسر الاضطراب السيكوباتى بشكل ضيق، فسر عمل الصحة العقلية في إنجلترا و والز الاضطرابات بشكل ضيق عام 1959 بينما عرف في عام 1983 بالآتي:

اضطراب مستمر أو إعاقة في العمل (سواء كان يشتمل على صعوبات كبيرة في الذكاء أو لا) و التي نتيجتها يظهر في عدائية غير طبيعية، أو سلوك غير مسؤول من جانب الفرد.

هذا المفهوم الضيق، و الذى أكد على السلوك العدواني و الغير مسؤول لقد قدم تضمينه في العمل المثير للجدل، بناءً على ذلك، فإن شرط قابلية العلاج كشرط للاحتجاز تم إضافته حصرياً له، من بين جميع الاضطرابات العقلية. هذا التمييز تم التخلي عنه في تعديل سنة 2007 لعمل الصحة العقلية ، و ذلك لأنه كان ينظر إليه لإيجاد حاجز للعلاج الفعال.

التطور الحديث هو في التصنيف الإداري للاضطرابات الشخصية الشديدة و الخطيرة (DSPS)، و يشير ذلك بشكل أساسي إلى الأشخاص ذو اضطراب الشخصية الغير اجتماعية و تاريخ من الإساءة الجنسية و من العنف، و يبنى تعريفه على ثلاث معايير:

1. تاريخ من الإساءات العنيفة الخطيرة و خطر ما يقارب من 50 % من احتمال حدوثه مجدداً.
2. اضطراب الشخصية الشديد، يحدد إما عن طريق الطب النفسي السريري أو عن طريق استخدام قائمة هاري للمرض العقلي (هاري، 1991).
3. ربط توضيحي بين المسيء و الاضطرابات الشخصية (المكتب الرئيسي، 1999)

هذا التصنيف (و أربعة وحدات إرشادية لعلاج 300 شخص أخر) تم تقديمه من أجل تقليل المخاطر، على الرغم من ذلك، فإن التغيرات الحديثة في القانون للسماح بالاحتجاز الغير محدد للمساجين الذين لايزالون يشكلون خطر كبير قد تقدم مبادرة زائدة لأن مصطلح الشخصية السيكوباتية هو مصطلح غامض، فإن المصطلح المفضل هو اضطراب الشخصية و اضطرابات الشخصية الغير اجتماعية للدلالة على الحواس الواسعة على التوالي.

تصنيفات الشخصيات الشاذة:

القضايا العامة:

استخدام التصنيفات:

يتم اضطراب صفات الشخصية بشكل مستمر، و لكن يستخدم تصنيف الاضطرابات العقلية فئات معينة و تتطلب تعريفات و حدود، على الرغم من ذلك، فإن إدراك المعايير (محنة للشخص أو للآخرين) غير دقيق، لذلك فإن الحالات الناقصة و الغير كفء متكررة (حالات حدة فرعية)، غالباً ما تقدم هذه الحالات مشاكل مشابهة للحالات الواضحة.

الاعتلال المشترك:

إن الأمر ليس عدم دقة و عدم موضوعية الحدود بين الشخصية الطبيعية و الشاذة، بل إن الحدود بين أنواع الشخصيات المختلفة معرفة بالمرض أيضاً، مما يؤدى ذلك إلى اختلاف كبير في الممارسات بين أطباء النفس السريري و الباحثين و بعض علماء النفس. لدى العديد من المرضى سمات واردة في المعيار الأكثر في اضطراب شخصية واحد (فاير إت أل، 1988) غالباً ما يستخدم الباحثين و علماء النفس الأداة المنظمة لقياس اضطرابات الشخصية كاختبار اضطراب الشخصية الدولي (لورانجر إت أل، 1997)، فهم يسمحون لأكثر من تشخيص

لمريض واحد و يستخدم مصطلح الاعتلال المشترك. و من وجه النظر السريرية، فإنه يبدوا من المحتمل أن يكون لدى المريض اضطراب واحد في الشخصية و الذى اتسم بتداخل اثنين من مجاميع المعايير الغير موضوعية المستخدمة في نظام التشخيص الحالي، و عادة ما نشخص اضطراب الشخصية الواحد الذى يلائم الصورة بشكل أكبر و الأكثر إفادة لجعل المريض يفهم. يستخدم مبدأ الاعتلال المشترك عندما يكون لدى المريض كلا من المرض العقلي و اضطراب في الشخصية (أو مرض عقلي مع إساءة جوهرية في الغالب)، و لكنه يعطى معنى سريري ضعيف لاضطراب الشخصية وحده.

الظروف المرتبطة باضطراب الشخصية و التصنيف في مكان آخر:

تم تصنيف دوروى المزاج و الانفصام مسبقاً كاضطراب شخصية، ففي ICD-10 تم نقل كلتا الحالتين من اضطرابات الشخصية و صنفوا تحت الاضطرابات العقلية (دوروى المزاج باضطرابات مؤثرة، و اضطرابات الانفصام بالانفصام في الشخصية) و هذا يعكس واقع الأمر بأن هاتان الحالتان قد تبدأن في حياة الأشخاص البالغين، و في حالة الاضطراب الانفصامي فهناك دلائل من خلال دراسات عائلية تربطها العوامل الوراثية بالانفصام، بينما في DSM-IV تم تصنيف الاضطراب الدوروى المزاج باضطراب بالحالة المزاجية، و لكن الاضطراب الانفصامي محتفظ بكونه اضطراب في الشخصية. في كلا التصنيفان

(ICD-10 – DSM-IV) فإن اضطراب الشخصية المتعدد تم تصنيفه كاضطراب انفصامي.

تصنيفات في اضطرابات الشخصية في ICD-10 و DSM-IV :

في الجدول رقم 7.1 تصنيف الاضطراب في الشخصية في ICD-10 مقارن ب DSM-IV، فكلاهما تقريباً متشابهان، و لكن هناك بعض الاختلافات.

جدول 7.1 تصنيف الاضطرابات الشخصية:

ICD-10	DSM-IV
مريض بجنون العظمة	مريض بجنون العظمة
انفصامي	انفصامي
النوع الانفصامي	النوع الانفصامي
غير اجتماعي	غير اجتماعي
غير مستقر عاطفياً	نوع محب للحدود
النوع المتسرع	ـــــــ
النوع المحب للحدود	ـــــــ
تمثيلي	تمثيلي
ـــــــ	نرجسي
الوسواس القهري	الوسواس القهري
انطوائي	انطوائي
مستقل	مستقل
ـــــــ	عدائي سلبي

استخدام محور رقم 2:

صنف اضطراب الشخصية في DSM-IV على محاور مختلفة (المحور الثاني) من الاضطراب العقلي (و المصنف في المحور الأول)، و يؤكد هذا على الطبيعة المختلفة من نوعين التشخيص و يشجع على تقييم اضطرابات الشخصية في كل حالة. هذه الاتفاقية ليست متبناه في ICD-10، يجب أن يتم تقييم الشخصية و إذا لم يكن هناك وجود للاضطراب في الشخصية فيجب أن يتم تدوين ذلك في التركيبة.

التجمع في مجموعات:

تم تجميع الاضطرابات الشخصية في 3 مجموعات في DSM-IV و ليس في ICD-10 ، و هم كالآتي:

1. المجموعة (أ) : مريض بجنون العظمة، انفصامي، النوع الانفصامي.
2. المجموعة (ب): منعزل، محب للحدود، تمثيلي، نرجسي.
3. المجموعة (ج): انطوائي، مستقل، وسواسي قهري.

أسماء مختلفة لنفس نوع الاضطراب:

تختلف الأسماء الفردية بين التصنيفان، فهذا يعكس عدم اليقين الحقيقي لحدودهم و كذلك هو محاولة من خلال إعادة تسميته ليميز به بعض الاضطرابات، ففي ICD-10 و يستخدم مصطلح الغير اجتماعي (Dissocial)، في حين يستخدم مصطلح (Antisocial) في DSM-IV و هو المصطلح المستخدم في هذا الكتاب، و في ICD-10يستخدم مصطلح الوسواس القهري (Anankastic) بينما يستخدمDSM-IV مصطلح (Obsessive– compulsive) و يستخدم مصطلح انطوائي (Anxious) في ICD-10، و مصطلح (Avoidant) في DSM-IV.

الحالات المتواجدة في تصنيف دون غيره:

اضطرابات الشخصية العاطفية الغير مستقرة و تغييرات الشخصية الدائمة ليسوا عائدين على ضرر في الدماغ أو مرض متواجد في ICD-10 و ليس في DSM-IV. اضطرابات الشخصية النرجسية و الاضطرابات الشخصية السلبية العدوانية مشتملين في DSM-IV و ليس في ICD-10 (الاضطرابات الشخصية السلبية العدوانية منصوصة كفئة أخرى لدراسات أخرى). فكما ذكر بالأعلى، صنفت الاضطرابات الشخصية الانفصامية

بالانفصام في ICD-10 (و سمى باضطراب النوع الانفصامي)، في حين أن DSM-IV صنفه كاضطراب شخصي.

معايير التشخيص و الوصف:

يشتمل هذا الجزء على اهتمام للشخصيات الشاذة المنصوصة في ICD-10 و DSM-IV (انظر جدول 7.1)، معايير التشخيص طويلة و مختلفة سواء بالكلمات أو بالتشديد في النظامين، السمة الأساسية المشتركة في مجموعتين التعريف هي التوضيح أو إعادة الصياغة حيث يعطى وصف عام أكثر ملائمة.

على جميع تشخيصات الاضطرابات الشخصية أن تحقق المعايير الأساسية للاضطرابات الشخصية الملخصة في معايير ICD-10 للأبحاث كالآتي:

- خصائص و أنماط السلوك الدائم تختلف بشكل ملحوظ من معيار الثقافة و في أكثر من نطاق واحد من الآتي: المعرفة، الوجدان (العاطفة)، تحكم في التسرع، المتعة، و طرق ربطهم ببعض.
- السلوك غير مرن و سيء التكيف أو مختل في نطاق واسع من المواقف.
- المحنة الشخصية تحدث للآخرين و للذات.
- العرض مستقر و دائم و عادة ما يبدأ بالطفولة المتأخرة أو المراهقة.
- لم يتسبب السلوك باضطراب عقلي آخر، أو بإصابة في الدماغ أو مرض أو اختلال.

هناك عدة آليات تشخيصية للاضطرابات الشخصية (انظر صندوق رقم 7.1 و لكنه ذو قيمة بشكل أساسي في الأبحاث).

اضطراب الشخصية المجموعة (أ) :

اضطراب الشخصية المرضية بجنون العظمة:

هؤلاء الأشخاص مريبون و حساسون (انظر للجدول رقم 7.2) فلديهم حس ملحوظ للتكيف الذاتي، و يشعرون بالخجل و الإهانة بسهولة، فهم مريبون و يبحثون باستمرار عن محاولات الآخرين لخداعهم أو لاستغلالهم، مما يجعل التعامل معهم صعب جداً، فهم عادة لا يثقون بأحد و غيورين فهم يواجهون صعوبات في إيجاد الصدقات و يتجنبون تواجدهم في مجموعات ، فقد يبدون كتومين، مكتفين بذاتهم حتى و إذا كان الأمر خطأ، كما أنهم يشعرون بالإهانة بسهولة و يرون الرفض من الآخرين في حين لا ينوى أحد ذلك.

هم حساسون من ناحية الرفض، و مليؤون بالشكوك و يمكن أن يكونوا شخصية مجادلة، و غالباً ما يفسروا المطالب و معانى بشكل خاطئ و ملحوظ، إرنسك كريتشمر وصف كيف قد تكون أفكارهم المريبة شديدة جداً لدرجة أنهم قد يشعرون بالاضطهاد الوهمي. الأفراد المصابين بجنون العظمة قد يكونوا ممتعضين و يحملون الضغائن بحس قوى لحقوقهم و قد ينخرطون في أمور التقاضي، و غالباً ما يصرون على الاستمرار بهم رغم كل النصائح المقدمة لهم. قد يكون لدى الشخصية المريضة بجنون العظمة في بعض الأحيان شعور بأهمية الذات، و قد يعتبرون أن الآخرون قد منعوهم من تحقيق أقصى إمكانياتهم.

بعض آليات تشخيص اضطراب الشخصية، صندوق 7.1.

الاختبارات الدولية لاضطرابات الشخصية (لورنجر إت أل 1994):

- تقييم DSM-IV و تقييم ICD-10 لتصنيف الاضطرابات الشخصية و أبعادها.
- المقابلات السريرية الشبه منظمة في نسختان: نسخة DSM –IV، و هي مكونة من 99 مجموعة من الأسئلة، و نسخة ICD-10، و هي مكونة من 67 مجموعة من الأسئلة. هناك فحص استطلاعي لكل نسخة منهم و التي يمكن استخدامها لتحديد الأشخاص الغير محتمل إصابتهم باضطراب في الشخصية.

المقابلات السريرية لDSM-IV للمحور الثاني للاضطرابات الشخصية(SCID-II) (فرست إت أل 1995):

- تقييم DSM-IV للاضطرابات الشخصية إما تصنيفياً أو بعدياً.
- المقابلات السريرية الشبه منظمة ب 119 مجموعة من الأسئلة. هناك مقابلة فحصية لتحديد الأشخاص الذين من غير المحتمل إصابتهم باضطرابات في الشخصية.

المقابلات المنظمة للشخصية DSM-IV (SIDP-IV):

- تقييم DSM-IV و ICD-10 لاضطرابات الشخصية إما تصنيفياً أو بعدياً.
- المقابلات السريرية الشبه منظمة بمجموعة مكونة من 101 سؤال بنسخة موضوعية و 107 سؤال في الاضطراب من نسخة الاضطراب.

جدول 7.2،سمات الاضطرابات الشخصية المصابة بجنون العظمة:

مريب.
لا يثق بأحد.
غيور.
حساس.
مستاء و يحمل الضغائن.
أهمية الذات.

اضطراب الشخصية الانفصامي:

اقترح كرتشمر(1936) مصلح (الانفصام)، و الذى اعتقد أن هذا النوع من الأشخاص مرتبط بمرض الانفصام الشخصي، و على الرغم من أن هذه الفكرة لم تعتمد. يتميز الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب ببرودة في المشاعر و بالانفصال و العزلة، و عرضة لانخراطهم في أحلام مفرطة(انظر جدول 7.3)، فهم غير قادرون على التعبير عن مشاعرهم أو حتى عن غضبهم و يبدون اهتمام قليل جداً في العلاقات الجنسية. عندما يكون ذلك الاضطراب في أقصى درجاته ؛ يكونون قساه القلب، و عادةً ما يمرضون بسهولة في صحبة الآخرين و لا يكونون علاقات حميمة، و يظهرون مشاعر ضئيلة للعائلة؛ فهم أشخاص انغلاقيون و تتبعهم الوحدة في الحياة، و غالباً ما يظلوا عزاباً غير متزوجون، كما أنهم لا يشعرون بحس فكاهي للمتعة أو بالسعادة في الأنشطة التي تسر الآخرين و التي

تساهم في فصلهم عن الآخرين ؛ فهم عرضة للأحلام و الخيالات و يهتمون بالأمور الفكرية و لديهم عالم خيالي معقد خاص بهم حتى و إن كان ذلك بدون محتوى للمشاعر.

اضطراب الشخصية للنوع الانفصامي:

الأفراد الانفصاميين في الشخصية انطوائيون اجتماعياً و يتصرفون بمركزية، فهم يختبرون المعرفة و التشوهات الإدراكية و لديهم خطاب غريب و استجابات غير ملائمة و مؤثرة. هذا الاضطراب في الشخصية على ما يبدوا أنه مرتبط بمرض الانفصام في الشخصية؛ و لذلك فهو غير مصنف كاضطراب شخصية في ICD-10 كما هو الحال في DSM-IV و لكن حل محلة مرض الانفصام الشخصي و أطبق عليه الاضطراب الانفصامي.

جدول 7.3 سمات الاضطراب الشخصي الانفصامي:

بارد المشاعر.
منفصل.
منعزل.
يفتقر للمتعة.
استنباطي.

اختبر الأفراد الانفصاميين الانطوائية، و لذلك فهم يواجهون الصعوبات في تكوين العلاقات و يفتقرون للصداقات و للثقة، فهم يشعرون بالاختلاف عن الآخرون و بعدم ملائمتهم معهم.(هذا على نقيض الفرد الانفصامي ؛ الذى قد يكون مرتاحاً في هذا الموقف). فمعرفتهم و تشوهاتهم الإدراكية تتضمن أفكار مرجعية و ليس هلوسة، و أفكار مريبة، و معتقدات غريبة، و التفكير السحري (مثل الاستبصار – قراءة الأفكار – توارد الخواطر) و اختبارات إدراكية غير اعتيادية (مثل الوعى للحدود أو اختيار الحدود للهلوسة)، كما أنهم يظهرون خطابات شاذة كبناء الجمل و كلمات و فقرات و غموض و ميل للاستطراد غير اعتيادي و استجاباتهم المؤثرة غير اعتيادية و يبدون أنهم أقوياء و غرباء و متحفظين في مشاعرهم ؛ فسلوكهم غريب الأطوار و متكلف بشكل غريب و يختارون ملابس غريبة بغض النظر عن الاتفاقية و سلوك اجتماعي غريب.

اضطرابات الشخصية المجموعة (ب):

هذه مجموعة من الاضطرابات التي تلوح بشكل كبير في ممارسات الطب النفسي الحالي في حين أن معظم الاضطرابات الشخصية تلون العرض و إدارة المرضى، الأفراد المصابين باضطرابات المجموعة (ب)، غالباً ما يتم الإشارة إليهم بالإشارة إلى علاج الاضطراب العقلي بشكل خاص.

اضطرابات الشخصية الغير اجتماعية:

استخدم مصطلح الغير اجتماعي (Antisocial) في DSM-IV، و في هذا الكتاب في حين استخدم مصطلح (Dissocial) في ICD-10،فاضطراب الشخصية الغير اجتماعي ليس مجرد مصطلح آخر للجنوحية. كما أنهم يبدون قساه القلب و لا يهتمون بتهور و يفتقدون للشعور بالذنب و يفشلون في التعلم من التجارب السابقة (انظر إلى جدول 7.4، و غالباً ما تسوء تصرفاتهم بتعاطي المخدرات و الخمور.

في عام 1941 كتب هرفي كليكلى وصف حيوي و مؤثر لهذا النوع في كتابه "قناع الصحة العقلية " (كلينكلى 1964). تختلف معايير التشخيص قليلاً في التصنيفات ؛ المعيار الثاني مأخوذ من ICD-10، و يتضمن معيار DSM-IV متطلبات سلوك مضطرب قبل سن 15 سنة.

السمة الأساسية هي قسوة القلب و عدم الاهتمام بمشاعر الآخرين، الأشخاص الغير اجتماعيين باضطرابات شخصية قد يتم استغلالهم، و حتى

استخدام العنف تجاههم، و حتى نشاطهم الجنسي يفتقد للرقة، كما أنهم قد يلحقون الأعمال الوحشية للآخرين، و قد تكون أنماطهم إما بالإساءة الجسدية أو الجنسية، و قد يكون لديهم سحر خاص، و لكن علاقاتهم سطحية و قصيرة ؛ فهم مستهترون و لا يتبعون المعايير الاجتماعية فهم لا يطيعون القوانين و قد يخرجون عن القانون بشكل متكرر و غالباً ما يقومون بالأعمال العنيفة. فغالباً ما تبدأ مخالفاتهم في سن المراهقة.

جدول 7.4 سمات اضطراب الشخصية الغير اجتماعية:

قاسى القلب.
علاقات عابرة.
غير مسؤول.
متهور و سريع الغضب.
يفتقر للشعور بالذنب و الندم.
يفشل في تقبل المسؤولية.

هؤلاء الأفراد متهورون، نادراً ما يكونوا مخططين و لديهم سجل عمل غير مستقر، كما أنهم يخاطرون دائماً بغض النظر عن سلامتهم و سلامة الآخرين، فهم سريعون الغضب و عندما يغضبون قد يقومون بإهانة الآخرين بطريقة عنيفة في بعض الأحيان، هذه السمات للشخصية مصحوبة بفقدانهم لشعورهم بالذنب أو الندم و فشل في تغيير السلوك في استجاباتهم للعقاب أو أي نتائج عكسية أخرى. فهم يتجنبون المسؤوليات، و يلقون اللوم على الآخرين و يرشدوا أخطائهم. في غالب الأمر يكونوا مخادعين و غير مسؤولين فيما يختص بالأمور المالية.

مفهوم (المرض العقلي) يتداخل مع اضطرابات الشخصية الغير اجتماعية، على الرغم من أنه منحدر من تصنيف التشخيص، إلا أنه لايزال يستخدم في علم النفس (و بالأخص علم النفس القضائي)، و في خدمة السجون و له معنى خاص جداً. و يعبر في العموم سمة شخصية، و عادة ما يقيم باستخدام آلية منظمة كقائمة مراجعة المرض العقلي الخاص، بهاري (PCL-R) (هاري، 1991). و هذا يميز عاملان- السلوك العنيف و المتهور، و السحر و الاستغلال، مصطلح علم المرض العقلي و مصطلح اضطرابات الشخصية الغير اجتماعية، هم في الغالب تبادل غير مفيد، و يتم تجنب المرض العقلي بشكل أفضل من قبل الأطباء النفسيين.

اضطراب الشخصية الحدودية:

إن مصطلح (اضطراب الشخصية الحدودية) مصطلح مربك و غير مرضى، و يعكس تاريخ معقد، كان يستخدم في الأصل في دائرة العلاج الديناميكي النفسي لوصف الأشخاص الذين أظهروا عدم استقرار ملحوظ في العرض و معارضاً للحالة العصبية المستقرة، كان وقتها المقترح (الحدود) مصاحباً للهوس. ووصفها كيرنبرج (1975) باشتمالها على:

1. ضعف في الأنا بتحكم ضعيف في السلوك المتهور.
2. (العملية الأساسية) (على سبيل المثال، التفكير الغير منطقي) بغض النظر عن اختبار الواقع السليم.
3. استخدام آليات الدفع الأقل نضجاً.
4. تفريق الهوية الشخصية.

اختبر الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب حياتهم و كأنها مهيمن عليها من قبل المشاعر القوية و المشاعر المتذبذبة و التي في الغالب قد تسحقهم، فهم يسعون للعاطفة و الألفة و لكن يخيب ظنهم دائماً و قد يرهقوا شركائهم بحدة متطلبات مشاعرهم ؛ هم أنفسهم يرتبكون بسبب مزاجهم الغير متوقع و حدته عندما ينغمرون في الغضب أو اليأس، فغالباً ما تكون هويتهم الشخصية غير مستقرة و بحاجة لإعادة الطمأنينة و الاستقرار،

و التي قد يجدونها مقيدة و مزعجة. من الشائع إيذاء النفس (إما عن طريق محاولات الانتحار أو عن طريق جرح الجسد لإزالة التوتر)، مثل هذا السلوك المدمر قد يكون خطير جداً و قد يسيطر على العلاقة مع خدمة الرعاية.مثل هذا السلوك المدمر قد يكون خطير جداً و قد يسيطر على العلاقة مع خدمة الرعاية. تعاطى المخدرات و الخمور أيضاً شائع ؛ حيث يحاول الشخص أن يعاج محنته العاطفية بنفسه. التعداد السريري مهيمن عليه من قبل النساء اليافعات، على الرغم من الدراسات الوبائية التي تتحدى ذلك التوزيع.

عندما تم تقديم هذا النوع من الاضطرابات الشخصية لنظام التصنيفات ؛ تم تطوير معايير موضوعية أكثر و لكنها لاتزال غير مرضية. و كان التشخيص و لايزال مطبق على النساء اليافعات و زاد هذا من التساؤل سواء كان هذا تعبير ثقافي محدد من اضطراب المزاج (على سبيل المثال، الإحباط)منقاه من خلال الشخصية التمثيلية (و أشار إليها وقتها بلفظ هستيري)، و من هنا قد يكون الاقتراح أنه قد يستجيب (بشكل جزئي على الأقل) للعقاقير المضادة للاكتئاب الذى دعم هذا الجدل، كما أن لديه أعلى درجات التنوع على مر الوقت غير باقي الاضطرابات الشخصية و الملاحظة التي قد تبدوا محلولة لدى أغلب المرضى.

و ليس من المفاجئ، بمثل الأسماء المختلفة الغير يقينية تم تبنيها في التصنيفات، ففي DSM-IV اضطراب الشخصية الحدودية، و في ICD-10اضطراب

الشخصية الغير مستقرة عاطفياً و تم تقسيم الأخير إلى النوع الحدودي و النوع المتهور، ففي DSM-IV هناك 9 سمات حيث يتطلب 5 منهم للتشخيص، و في ICD'10 هناك 5 معايير لكل نوع فرعى و يتطلب 4 منهم للتشخيص. المعيار (المختصر قليلاً) موضح في جدول 7.5. كما أن هناك عدة سمات للنوع المتهور في ICD-10 من ضمن معايير اضطراب الشخصية الحدودية في DSM-IV.

وهكذا يبقى اضطراب الشخصية الحدودية تشخيص مثير للجدل و متنازع عليه، فقد تم إدخاله في DSM-III في الأصل بعد مناظرة ممتدة على أساس البحث في مدى الاستفادة منه. العديد من الأشخاص الذين يحققون معايير الاضطراب الشخصية الحدودية في DSM-IV، يحققون أيضاً معايير اضطرابات الشخصية النرجسية و غير الاجتماعية و التمثيلية (سكودل إت أل 2002a).

اضطراب الشخصية التهوري:

هذا النوع من الاضطراب معرف في ICD-10 كنوع فرعى لاضطرابات الشخصية للمشاعر الغير مستقرة و ليست مشتملة في DSM-IV بشكل منفصل على الرغم من أن الكثير من سماته تتطابق مع معايير اضطرابات الشخصية الحدودية. معايير التشخيص منصوصة في جدول 7.5 و يجب أن يتم تحقيق 3 معايير للتشخيص. لا يستطيع الأشخاص ذو اضطراب الشخصية المتهورة أن يتحكموا في مشاعرهم بشكل كافي و غير مستقرين في تفجير غضب مفاجئ غير مقيد و الذى يندمون عليه لاحقاً. قد يستخدمون العنف أحياناً مسببين الأذى الشديد، بعكس الأشخاص ذو اضطراب الشخصية الغير اجتماعية، فهم لا يعانون من صعوبات في العلاقات بشكل عام.

جدول 7.5 معايير مختصرة للمشاعر الغير مستقرة و اضطرابات الشخصية الحدودية:

ICD-10	DSM-IV
اضطراب شخصية غير مستقرة عاطفياً، النوع الحدودي.	اضطراب الشخصية الحدودية.
صورة الذات المشوشة و الغير مؤكدة.	اضطراب الهوية.
علاقات متوترة و غير مستقرة.	علاقات متوترة و غير مستقرة.
جهد مبذول لتجنب الهجران.	جهد مبذول لتجنب الهجران.
تهديدات متكررة أو أفعال تؤذى النفس.	سلوك انتحاري متكرر.
شعور بفراغ مزمن.	شعور بفراغ مزمن.
ICD-10	**DSM-IV**
ـــــ	تصور بتوتر عابر متعلق بمريض بجنون العظمة.
النوع المتهور.	ـــــ
متهور.	متهور.
احتمال حدوث غضب أو عنف.	صعوبة في التحكم على الغضب.
مزاج متقلب غير مستقر.	عدم الاستقرار العاطفي.
مشاكس.	ـــــ
يواجه صعوبة في الحفاظ على سلسلة من الأفعال.	ـــــ

اضطراب الشخصية التمثيلية:

هذا الاضطراب متضمن في كلا من ICD-10 و DSM-IV و لكن تختلف المعايير بشكل ما. جدول 7.6 نص على سمات معايير التشخيص في ICD-10 و نص أيضاً على المعايير المختلفة بين التصنيفين.

التمثيل الذاتي هو سمة ملفتة للنظر، و قد يتضمن (ابتزاز المشاعر)، غضب و محاولات انتحار برهانية، هؤلاء الأفراد من السهل التأثير عليهم و يتأثرون بالآخرون بسهولة، و خصوصاً من جانب السلطات، فهم يسعون للاهتمام و للإثارة و يملون بشكل سريع و لديهم حماس قصير الوقت و لديهم مشاعر سطحية غير مستقرة، فحياتهم العاطفية درامية و قد ترهق الآخرين، على الرغم من ذلك، فإنهم يتعافون بشكل سريع و غالباً ما يستغربون لما لا يزال الآخرون غاضبون، فهم يسعون للألفة و يمكن إغرائهم بشكل غير ملائم.

جدول 7.6 سمات اضطراب الشخصية التمثيلي:

ذاتي التمثيل.
سهل التأثر بالآخرين.
مشاعر سطحية غير مستقرة.
يسعون للاهتمام و الحماسة.
يتم إغوائهم بشكل غير ملائم.
قلقون من الانجذاب الجسدي.
ملحوظة : لدى نظام DSM-IV معيارين إضافيين: - خطاب انطباعي بشكل مفرط. - يعتبرون العلاقات أكثر حميمية مما هي عليه.

غالباً ما يشك الشخص التمثيلي في قيمته و بناءً على ذلك قد يقلق حول الانجذاب الجسدي، فقد يبدون أنانيين و مغرورين و قد يكون لديهم قدرة ملحوظة حول خداع الذات، مقتنعين بافتراءاتهم، على الرغم من كيف قد يكون الوضع و بعيد الاحتمال- حتى حين يرى الناس من خلالهم. في حالتها القصوى، يلحظ اضطراب الشخصية التمثيلي في الكذب المرضى و النصب.

تصور شخصية بلانش دوبوس في فيلم يدعى (عربة ترام تدعى الرغبة) أنتجه "تنسى ويليامز"، توابع الكارثة التي قد تكون لدى هذه الشخصية للفرد و للمحيطين به.

اضطراب الشخصية النرجسي:

نص في DSM-IV و لكن ليس في ICD-10 في اضطرابات الشخصية، حيث أنه كود من أكواد الاضطرابات في التصنيف التكميلي لاضطرابات شخصية محددة أخرى. معايير DSM-IV ملخصة و مقتبسة في جدول 7.7. هؤلاء الأشخاص لديهم حس عالي جداً بأهمية الذات و متبجحين و طموحين و مشغولين البال بأحلامهم بالنجاح الغير محدودة و القوة و الجمال و الذكاء الفكري، فهم يعتبرون أنفسهم مميزين و يتوقعون أن يعجب بهم الآخرون و يعرض عليهم الخدمات الخاصة و الامتيازات، فهم يشعرون بأنه يحق لهم الحصول على أفضل الأمور و يسعون للعمل مع الأشخاص ذو المقامات الرفيعة و يستغلون الآخرون و لا يتعاطفون أو يبدون اهتمامهم بمشاعر الآخرين و يحسدون الآخرين على ممتلكاتهم و إنجازاتهم، و يتوقعون من الآخرين أن يحسدوهم أيضاً، فهم يبدون متغطرسون و مترفعون و متعجرفون و يتصرفون بتعالي أو بطريقة تنازلية مع الآخرين.

جدول 7.7 سمات اضطرابات الشخصية النرجسية:

حس عالي جداً بأهمية الذات.
أحلام حول عمل ناجح بلا حدود و قوة. إلخ.
يعتقد أنه مميز و لا أحد مثله.
يتطلب إعجاب مفرط به.
إحساسهم بأنهم يستحقون الامتيازات و الامتثال لهم.
يستغلون الآخرون.
يفتقرون للتعاطف.
يحسد الآخرون و يعتقد أن الآخرون يحسدونه.
متغطرس و متعجرف.

تحمل اضطرابات الشخصية النرجسية في أغلب الإيحاءات التحقيرية الكبرى لتشخيصات اضطرابات الشخصية، و يجب أن يخصص الأمثلة الأكثر وضوحاً فقط، و حتى بعد تأكدك من أنه لم يتم تكوين التشخص بالكراهية الشخصية.

على التوازن، فمن المحتمل أن يكون مصطلح للتجنب إذا كان مسموح بذلك، كبعض مصطلحات الشخصية القديمة مثل (شخصية غير ناضجة)،(شخصية غير ملائمة) و التي لا يوجد لهم مكان في الرعاية الصحية العقلية الحديثة.

اضطرابات الشخصية المجموعة (ج):

اضطرابات الشخصية الانطوائية:

تستخدم DSM-IV مصطلح Avoidant، بينما تستخدم ICD-10 مصطلح Anxious بالمصاحبة بمصطلح Avoidant كبديل مقبول،، المعايير التشخيصية للتصنيفان منصوصين في جدول 7.8 مسؤلية التوتر هي معيار في ICD-10 فقط. الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب دائماً متوترين، فهم يشعرون بعدم الأمان و يفتقرون لإحترام الذات، و يشعرون بأنهم أدنى منزلة في المجتمع و غير جذابين و غير كفء إجتماعياً، و هم منشغلون البال بإحتمالية الرفض و عدم القبول أو النقد و يقلقون من أنهم قد يحرجون أو يسخر منهم الآخرون، فهم حذرون تجاه التجارب الجديدة و يتجنبون المخاطر و الأنشطة الاجتماعية، و لديهم أصدقاء قلائل، و لكنهم ليسوا باردين المشاعر و يتلهفون للعلاقات الاجتماعية التي لا يستطيعون تحقيقها.

جدول 7.8 سمات اضطرابات الشخصية الانطوائية:

مشاعر التوتر*.
يشعرون بأنهم في أدنى منزلة في المجتمع.
منشغلين البال بالرفض.
يتجنبون مشاركتهم في أي حدث.
يتجنبون المخاطر.
يتجنبون الأنشطة الاجتماعية.
ملحوظة: DSM-IV لديها معيارين إضافيين: - قيود في العلاقات الحميمية، نتيجة الخوف من الإحراج أو السخرية. - إعاقات في المواقف الشخصية الجديدة، نتيجة للشعور بعدم الملائمة

* ليس معيار في DSM-IV.

اضطراب الشخصية الإستقلالية:

ينص جدول 7.9 معايير تشخيص ICD-10 و DSM-IV ، فالشخص بهذا النوع من الاضطراب يسمح للآخرين بتولى مسؤلية إتخاذ القرارات بشأنه فهو متوافق معهم بإفراط، و لكنه لا ينوى إتخاذ متطلبات مباشرة على الآخرين، فهو يفتقر للقوة و يشعر بأنه غير قادر على الإعتناء بنفسه و يفتقر على الاعتماد على النفس و يتجنب المسؤولية و قد يحتاج مساعدة مفرطة لإتخاذ القرارات. غالباً ما يتم حمايته من قبل شريك أكثر نشاط و محدد في حياته، و قد لا يلجأ للعلاج إلا في حالة إختفاء أو موت ذلك الشريك.

جدول 7.9 سمات اضطرابات الشخصية الإستقلالية:

يسمحون لغيرهم بتولى مسؤليتهم.
متوافق بإفراط.
لن يتولى المسؤلية.*
يشعرون بعدم قدرتهم على تولى مسؤليتهم(الإعتناء بالنفس).
يخشرون من أن يتم تركهم.
بحاجة لمساعدة مفرطة لإتخاذ القرارات.
ملحوظ 3 معاييرإضافية مستخدمة في DSM-IV، و يمكن تلخيصها كالآتي: - التعبير بصعوبة في بدأ المشروع. - يذهب لبعد مفرط لإيجاد الدعم. - يسعى لإيجاد علاقة داعمة بشكل متعجل.

* ليس معيار في DSM-IV.

اضطراب شخصية الوسواس القهري:

استخدم DSM-IV مصطلح (Obsessive-compulsive)، في حين استخدم ICD-10 مصطلح (Anankstic) الذى أطلقة كاهن 1928، و إستخدمه ليتجنب الآثار المترتبة التي قد ترتبط باضطراب الشخصية. جدول 7.10 نص على معايير التشخيص في DSM-IV و ICD-10.

هؤلاء الأفرد منشغلين البال بالتفاصيل و القوانين و التفاصيل و الجداول و لديهم كتب تكميلية من شأنها أن تجعل من العمل التقليدي عبء، حيث أنهم ينغمرون في التفاصيل إلى مالا نهاية. فقد يفتقرون للخيالية و يفشلون في انتهاز الفرص، على الرغم من ذلك، فإن لديهم أخلاق مرتفعة و ضمير حي و قد يصدرون أحكام على الآخرين، و قد يبدوا أنهم لا يتمتعون بحس فكاهة و لا يستمتعون بوقتهم كالآخرين و قد يفتقرون لتكيفهم في المواقف الجديدة، فهم قساه و غير مرنيين و يتجنبون التعبير و الروتين المألوف، قد يكونوا عنيدون و مسيطرون على الوضع و موفرين حتى درجة البخل ؛ فقد يخزنون المال و الأشياء و قد يكونوا مدققين و قلقون بإفراط بالمحادثات الاجتماعية، و قد يكونوا أيضا قلقون بشأن الحذر و الشك المفرط مما يؤدى بهم الأمر إلى التردد.

جدول 7.10 سمات اضطراب شخصية الوسواس القهري:

مشغولين البال بالتفاصيل و القوانين..إلخ.
كتب كمالية.
ضميرهم حي و مدققين.
مهتمين بإفراط الإنتاج.
قاسى و عنيد.
يتوقعوا أن يخضع الآخرين لطرقهم.
متحذلقين بشكل مفرط و ملتزم بالاتفاق.
شكاكون و حذرون بشكل مفرط.*
ملحوظة: هناك معياريين إضافيين فيDSM-IV.: - لا يمكنهم أن يتجاهلون الأشياء العديمة القيمة أو المتهالكة. - بخيل و يخزن المال.

* ليس معيار في DSM-IV.

اضطراب الشخصية السلبية العدوانية:

يطبق هذا المصطلح على الشخص الذى يتردد في التعبير عن عدائيته أو حتى في عدم اتفاقه في المواقف، و لكن رغماً عن ذلك يعتمد على المقاومة السلبية، يمكن أخذ هذا شكل المماطلة، تضييع الوقت، العناد، عدم الكفاءة المتعمد،أو حتى بالنسيان المختلق، هذه الفئة لا تظهر ضمن اضطرابات الشخصية في ICD-10 أو DSM-IV.

اضطراب الشخصية العاطفية:

لدى بعض الأشخاص اضطرابات مدى الحياة من لائحة الأمزجة، فقد يكونوا كئيبون باستمرار (اضطراب شخصية محبط) أو عادة في غبطة غير ملائمة (اضطراب الشخصية المفرط عاطفياً). مجموعة ثالثة بديلة بين هذين النقيضين (دوروى المزاج أو اضطراب الشخصية الدوروى المزاج)، هذه الأنواع من الشخصيات قد وصفت لعدة سنوات و يتم تميزه بسهولة في الممارسات السريرية في كلا ICD-10 و DSM-IV.

مصنفات تحت اضطراب الأمزجة و ليس تحت اضطرابات الشخصية. ففي ICD-10 تم تصنيفهم تحت الحالات المزاجية المستمرة (دوروية المزاج أو الاكتئاب)، و في DSM-IV تم تصنيفهم تحت جوروية المزاج أو الاكتئاب ؛ و مع ذلك، فإنه من المفيد أن نقوم بوصفهم باختصار هنا.

الأشخاص ذو اضطراب الشخصية المحبطة تكون روحهم منخفضة دائماً، فلديهم نظرة تشاؤمية و كئيبة باستمرار الحياة، و قد يطيلون في سوء حظهم و يقلقون بإفراط، و لديهم قدرة قليلة على الاستمتاع و غير راضون عن حياتهم و بعضهم سريعون الغضب و ذو مزاج سيء الطباع.

الأشخاص ذو اضطراب الشخصية المفرط في العاطفة هم أشخاص مرحون (مبتهجون) و متفائلون في العادة و يعرضون حبهم للحياة، إذا كان لديهم تلك الطرق لدرجة متوسطة؛ فهم غالباً ما يكونوا منتجين و أشخاص ناجحين نحسدهم، على الرغم من ذلك، إذا كانت الطرق أكثر وضوحاً فقد يظهرون حكماً ضعيفاً و يثيرون غضب من حولهم.

تتبادل حالة الأشخاص ذو اضطراب شخصية الدوروى المزاج بين الاكتئاب الشديد و إفراط العاطفة الموصوفة سابقاً، عدم الاستقرار هذا في الحالة المزاجية هو أكثر تخريباً من استمرار الظروف، الأفراد بهذا الاضطراب يكونون مريحون دورياً و نشطاء و منتجين، و في تلك الأوقات فهم يتولون التزام إضافي في عملهم و في حياتهم الاجتماعية. عندما يتغير مزاجهم يصبحون كئيبون و منهزمين و منخفضين الطاقة و يجدون أن اكتساب التزاماتهم عبء كبير عليهم.

معدلات الاضطرابات الشخصية في طب النفس السريري و في التعداد العام:

معدلات التعداد السريري:

بالنسبة لأطباء النفس، فالسؤال الأكثر أهمية هنا هو كيف تتكرر حالات الاضطراب الشخصية التي سيواجهها في الممارسات السريرية، سلسلة من الدراسات قد حققت ذلك، و الدراسات الستة عشر الكبرى و الدراسات الأكثر دقة قد لخصها زيمرمان إت أل (2008)، و يتضمن كل ذلك ما يزيد عن 500 موضوع، و الدراسة الأكبر تشتمل على 129.286 مريض عاينهم خدمة الصحة العقلية بولاية نيويورك، الدراسة الأكبر المستخدمة للتقييم المنظمة هي دراسة MIDAS و التي تضمنت 859 حضور في العيادات الخارجية. أوضح عرض زيمرمان أن هناك معدل أعلى بكثير تم إيجاده في التقييم المنظم (تقريباً 40%)عن التقييم السريري، و الذى كان المعدل الأقرب من النماذج المجتمعية بنسبة 11-20 % في الولايات المتحدة. دراسة حديثة ل2528 لمرضى فرق الصحة العقلية للمجتمع(CMHT) (نيوترن – هووز إت أل 2010) مستخدماً لتقييم بسيط منظم قد سجل معدل 40 % ضمن استشارات الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة فإن المعدل عالي جداً لدرجات 30 % (موران إت أل 2000).

على الرغم من ذلك، فإننا نعلم أن المعدلات في الطب النفسي السريري و المعدلات في التعداد العام من المحتمل أن يكونا مختلفان جداً. سعى الأفراد ذو اضطراب الشخصية للعلاج يتأثر بشكل قوى بعدة عوامل (نارو إت أل1993، ليسسلر إت أل 1999)، و بالأخص تواجد اضطرابات محور رقم 1.

معدل التعداد العام:

بدأت الأبحاث الوبائية في اضطراب الشخصية في التعداد العام في تطوير آليات معيارية باستخدام معيار DSM-III، تتطلب الدراسات عينات كبيرة و ذلك لأن انتشار معدل بعض الاضطرابات الشخصية منخفض، كما أنه من الصعب أيضاً تحديد اضطرابات الشخصية بشكل موثوق في الخدمات الاجتماعية بدون الوصول إلى المرشدين، تأتى البيانات بشكل أساسي من الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية و من إنجلترا و ألمانيا و أيضاً من منظمة الصحة العالمية (WHO) و من عروض معاينة الصحة العقلية (هيانج إت أل 2009)، تأتى البيانات الأكثر وسعاً في نطاقها من 10 دراسات وبائية في الولايات المتحدة الأمريكية و 4 من أوروبا قد أقرها هيانج إت أل 2009. معدل انتشار أي من اضطرابات الشخصية من هذه الدراسات يتراوح ما بين 3.9 % إلى 15.7 %، لخصت منظمة الصحة العالمية التي ذكرها هيانج 13 معاينة في 13 مدينة تتضمن 21.162 موضوعاً و مستخدمين مقابلة فحصية يتبعها اختيار اضطراب الشخصية الدولي (IPDE) (لورانجر إت أل 1997)، تدار من قبل موضعين الأبحاث، كان الانتشار الإجمالي (على سبيل المثال، مجموع كل الأنواع) للاضطرابات الشخصية في هذه الدراسة 6.1% و معدل يتراوح من 2.4% في أوروبا الشرقية و 7.6% في الولايات المتحدة و حتى 7.9 % في كولمبيا. الصورة الأحدث و الأكثر اعتماداً لإنجلترا هي 4.4% (سينجلتون إت أل 2000)

اكتشفت منظمة الصحة العالمية أن اضطراب الشخصية أكثر انتشاراً بين الرجال و الأشخاص اليافعين و الذين متعلمين تعليماً منخفض.

تقدير انتشار أنواع اضطراب الشخصية المتنوعة من عرض جوزت و دي جيرولمو 2009 تم توضيحهم في جدول 7.11. في هذه الدراسات يتراوح حجم العينات من 200 إلى 1600، بعضهم مقدر بنطاق جوهري، عاكس ضمن المصادر الأخرى لتعدد استخدم آليات التقييم. يختلف نطاق بعض الاضطرابات بين الر جال و النساء، فاضطراب الشخصية الغير اجتماعي أكثر شيوعاً بين الرجال بمعدل تقديري يتراوح ما بين 2.1 و 7.1، و على الرغم من أن اضطراب الشخصية الحدودية و التمثيلية تم تقريرهم سريرياً بين النساء بشكل متكرر، فإن هذا لم يتم تأكيده باستمرار في الدراسات الوبائية.

آليات التقييم المنظمة موثوقاً فيها بدرجة عالية و لكن قد يكون لديه صلاحية لطرح أسئلة أكثر، بالتأكيد يبدوا أنهم فعالون بشكل أكثر إيجابية مما يتوقعه أطباء النفس و المعدلات الواضحة يجب أن يتم التعامل معها ببعض الحذر، على الرغم من أن الحالة البدائية النسبية لنظرية اضطراب الشخصية و التقييم قد تشرح هذا التنوع، و بالتشابه فإن النتائج المفاجئة للمعدلات المرتفعة الملحوظة لتقليص اضطراب الشخصية عند استخدام هذه الآليات تشير بأنه يجب أن يتم التعامل معهم بحذر.



جدول 7.11 متوسط معدل انتشار اضطرابات الشخصية في المعاينات الوبائية:

مجموعة الشخصية	فئة اضطراب الشخصية	عدد الدراسات	متوسط معدل الانتشار (%)
مجموعة (أ)	مصاب بجنون العظمة	13	1.6
	فصامي	13	0.8
	النوع الانفصامي	13	0.7
مجموعة (ب)	الغير اجتماعي	24	1.5
	الحدودي	15	1.6
	التمثيلي	12	1.8
	النرجسي	10	0.2
مجموعة (ج)	الوسواس القهري	13	2.0
	الانطوائي	13	1.3
	الاستقلالي	12	0.9
	العدواني السلبي	8	1.7

البيانات في جوزيت إف و دي جيرولامو ج (2009). علم الأوبئة لاضطراب الشخصية.

في جلدر إم أت إل، محررين كتاب نيو أكسفورد لطب النفس، النسخة الثانية، صحافة جامعة أكسفورد

المسببات المرضية:

القضايا العامة:

لا يوجد يقين لمسببات اضطراب الشخصية، و هذا مجال(لكثرة الافتراضات)و تنوع و اختلاف نتائج الأبحاث، المجالان الأساسيان هما عوامل جينية و اختلاف أنواع الخبرات الحياتية المبكرة. ربطت مسببات بعض الاضطرابات الشخصية باضطراب طب النفس المشابه له. سيتم النظر لحالة الأدلة للقضايا الثلاثة مع اضطرابات الشخصية الفردية.

إن دراسة تأثير تجارب الحياة المبكرة هي أمر صعب بطول الفترة بين هذه الخبرات و تشخيص اضطراب الشخصية في حياة البالغين، نظريات العلاج الديناميكي التي تربط خبرات الطفولة و الشخصية من الصعب اختيارها و لكن سيتم ذكرها عندما يكونوا مؤثرين.

تقبل أغلب الأطباء الربط السببي بين خبرات الطفولة و الشخصية و اضطراب الشخصية، و قد اتفق على الممارسة الجيدة لتقييم خبرات و تجارب الطفولة و لاستخدام الحكم المنطقي؛ ليقرروا سواء من الممكن لأي من هؤلاء التأثير على الشخصية، على سبيل المثال، الرفض المتكرر و الكبير من قبل الأهل ؛ قد يوضح احترام الذات المنخفض في حياة البالغين. تقدم الدراسات الرجعية مشاكل واضحة، و لكن الدراسات المحتملة متاحة الآن، على سبيل المثال، إجمالي الوثائق الإستقلالية الإهمال الجسدي أو الإساءة الجسدية أو الجنسية في الطفولة ؛ قد وضحت ضمن مجموعة (ب) للاضطرابات الشخصية.

و بما أنه قد تم اقتراح مسببات مختلفة لاختلاف و تنوع اضطرابات الشخصية، فسيتم الاهتمام بهم بشكل منفصل، و أول نوع من أنواع الاضطرابات الشخصية هو اضطراب الشخصية الغير اجتماعي، و ذلك لأن أغلب نتائج الأبحاث قد تم تسجيلها لذلك النوع من الاضطرابات أكثر من الباقي.

اضطراب الشخصية الغير اجتماعي:

الأسباب الجينية:

دراسات التوأم – إن دراسة التوأم المقتبسة مبكرة كانت من لانج (1931) و روزانوف إت أل (1934)، حيث اهتموا بالالتقاط للإدانات المتكررة للجرائم الجنائية عوضاً عن اضطراب الشخصية الغير اجتماعية، و لذلك فإن الملاءمة غير مؤكدة. و أكدت دراسات حالات التوأم على توريث السلوك الغير اجتماعي في حياة البالغين و قد أوضحت أن العوامل الجينية مهمة جداً لدى البالغين عن الأطفال أو المراهقين حيث يتم مشاركة العوامل البيئية المسيطرة (ليونز إت أل 1995).

دراسات التبني – اكتشف كادرويت 1978 أن المتبنيين المنفصلين منذ الولادة عن أهلهم، و الذين أظهروا سلوك غير اجتماعي لديهم معدل عالي من اضطراب الشخصية الغير اجتماعي عن المتبنيين الذين أهلهم الحقيقيون اجتماعيون. اتبع هذه النتائج سواء كانت الأم أو الأب الحقيقيون أظهروا سلوك غير اجتماعي، على الرغم من ذلك، ضمن الذرية، فإن اضطراب الشخصية الغير اجتماعي تم تشخيصه بشكل أكبر لدى الرجال عن النساء على الرغم من أن النساء لديهم معدل أكبر لما قد تم تشخيصه على أنه هستيري (و من المحتمل أنه الأقرب للتشخيص الحالي لاضطراب الشخصية الحدودية). اقترح كادوريت أن الهستيريا

(اضطراب الشخصية الحدودية) هو تعبير للنساء في نفس المنحة المسببة لاضطراب الشخصية الغير اجتماعية في الرجال. نتائج مشابهة تم تقريرها في دراسة مبكرة من قبل كرووى (1974). بالإضافة إلى ذلك، فإن هناك دراسة صغيرة للآباء الحقيقيون للمتبنين ذو سلوك غير اجتماعي فقد وجد تجاوز في السلوك الغير اجتماعي للآباء الحقيقيون للأطفال الاجتماعيين (شلسينجر، 1982).

درس أيضا كادوريت إت أل 1995 بيئة العائلة المتبناة، و وجد أن العوامل المعاكسة في البيئة المتبناة (على سبيل المثال، المشاكل الزوجية، تعاطى المخدرات). عبارة عن تنبؤ بشكل مستقل للسلوك الغير اجتماعي للبالغين.

دراسات الربط – لقد أثبتت صعوبة، و لم يتم التبليغ عن أي ربط في وقت التسجيل.

علم الأمراض و النضوج العقلي:

ملاحظة إظهار سلوك عدواني لدى بعض المرضى بإصابة في المخ تقترح أن الإصابة البسيطة في الدماغ قد تكون سبب في الشخصية الغير اجتماعية، على الرغم من ذلك، فلا وجود لدليل مقنع لدعم هذه الفكرة. دراسات (MRI) اختبارات التصوير بالرنين المغناطيسي قد أوجدت انخفاض في المادة الرمادية في الفص الجبهي في الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الغير اجتماعي (راين إت

أل 2000). العجز في استجابة اللوزة الدماغية لتحفيز المشاعر و انخفاض حجم اللوزة الدماغية لدى الأفراد الغير اجتماعيين قد يتم ربطهم بسمة انعدام العاطفة.

هيدروكسيد 5 و العدوانية:

الشذوذ في الدماغ تم تقرير وجود هيدروكسيد 5 (5-HT) العصبي في المرض ذو السلوك العدواني و المتهور و على الرغم من أنه ليس بالأخص تواجده فيما يتعلق باضطراب الشخصية الغير اجتماعية. المستويات المنخفضة للأيض 5HT – وجد 5-HIAA في السائل النخاعي لمن قاموا بأعمال عنف غير معتمدة (لينويلا و قركيونن 1992) و بالإضافة لذلك، فهناك دراسات حديثة أوجدت شذوذ في 5-HT بواسطة وظيفة الغدد الصممية العصبية و مقدرة المخ على استقبال $5\text{-}HT_{2A}$ في الأحياء للأشخاص ذو سمة عدائية مرتفعة (كوكارو إت أل 2010، روزيل إت أل 2010)، و قد اقترح أن نفس الشذوذ قد يكون على صلة باضطرابات الشخصية المتميزة بسلوك متهور و بالأخص في وجود عجز في الجبهة الأمامية (دولان إت أل 2002، نيو إت أل 2004).

النظريات التطورية:

الانفصال – في دراسة مبكرة نقلت كثيراً، درس بولبي (1994، 1946) 44 من "لصوص الأحداث" و استنتج أن الانفصال بين الطفل الصغير و الأم قد يؤدى إلى سلوك غير اجتماعي و فشل في تكوين علاقات وطيدة، هذا العمل

يحفز أبحاث أكثر لتأثير الفصل بين الأطفال و أمهم، مقدمة تغييرات راديكالية لجوانب رعاية الأطفال و المجتمع و أثارت النظرية المرفقة. ليس كل الأطفال المنفصلين متأثرين سلباً، و تأثير الفصل معتمد على عدة عوامل متضمنة عمر الطفل، العلاقة بين الأم و الأب السابقة و سبب الفصل.

أوضح روتر 1972 أن تنافر الزوجين الوالدين من بعضهما البعض يؤخذ بعين الاعتبار في العلاقة بين الفصل و الاضطرابات الغير اجتماعية في الأبناء.

التعليم الاجتماعي في الطفولة – اقترح سكوت 1960 4 طرق حيث يمكن للسلوك الغير اجتماعي أن يتطور خلال التعلم الاجتماعي:

1. النشأة في عائلة غير اجتماعية.
2. انعدام للقوانين و القواعد الملائمة في العائلة.
3. التغلب على المشاكل الأخرى(على سبيل المثال، السلوك العدواني لإخفاء مشاعر عقدة النقص).
4. مقدرة ضعيفة للمحافظة على الاهتمام، معوقات التعليم الأخرى.

وهناك دلائل لبعض هذه العوامل، يتشارك اضطراب الشخصية الغير اجتماعي مع الإساءة الجسدية و مع عنف الآباء بدون تطبيق قواعد ملاءمة (بولوك إت أل 1999) و بمعدل ذكاء منخفض و بعائلة كبيرة ذو أصول (فارينجتون إت أل، 1988)، هدف اقتراح سكوت هو توفير إطار عمل للتقييم.

مشاكل السلوك في الطفولة و الشخصية الغير اجتماعية في الدراسة المتتابعة لثلاثون عام لحضور الأطفال لعيادة توجيه الطفل قد وجدت بين مشاكل السلوك في الطفولة و في اضطراب الشخصية الغير اجتماعية في حياة البالغين (روبنز 1966)، فقط الأقلية منهم، و حتى ذو السلوك الغير اجتماعي الشديد في الطفولة أصبحت حياتهم غير اجتماعية بشكل مستديم في حياتهم كبالغين. و

لكن أغلب البالغين ذو اضطراب الشخصية الغير اجتماعي كانوا يعانون من مشاكل في السلوك في الصغر.

كان ذلك الربط قوى جداً إذا كان في الطفولة أكثر من نوع من السلوك الغير اجتماعي و كذلك إذا كانت الأفعال الغير اجتماعية متكررة، السرقة بين الأولاد و الإهمال الجنسي بين البنات؛ من المحتمل لهما و بشكل خاص أن يتبعهما سلوك غير اجتماعي في حياتهم كبالغين. هذه النتائج المبكرة قد تم تأكيدها، و التعامل مع المشاكل بشكل مبكر قد أوضحت أنها تتنبأ باستقلالية الشخصية الغير اجتماعية و تتعاون سلبياً مع العائلة و العوامل الاجتماعية (هيل، 2003).

اضطراب الشخصية المصابة بجنون العظمة:

ليس معروف الكثير عن مسببات هذا الاضطراب، أقر بعض المحققون أن هذا الاضطراب في الشخصية شائع أكثر بين الأقارب من الدرجة الأولى للمستلفتين بالمصاحبة للشيزوفرانيا (مرض الانفصام) أكثر من التعداد العام (كيندلر إت أل 1985) و لكن تلك النتائج لم يؤكد الآخرون تلك النتائج (كوريل و زيمرمان،1989).

اضطراب الشخصية الانفصامي:

سبب هذا الاضطراب غير معروف بالمرة، فكما ذكر من قبل، فإن الشخصية الانفصامية لا يبدوا أنها متعلقة جينياً لمرض الانفصام (فولتون و وينوكور 1993)، المحللة النفسية ميلاني كليني قد بينت ما أطلقت عليه (وضع جنون العظمة – الانفصام) (كليني 1952). كانت هذه مرحلة تطورية مبكرة قبل حفاظ الأطفال على فهمهم لأمهاتهم كأفراد أتت و ذهبت (الوضع المحبط، و أطلقت عليه هكذا لأن الأطفال قد يشتاقون حينها لأمهاتهم). آراء كليني لم تنوى أن تشرح اضطرابات جنون العظمة أو الانفصام، و رغم ذلك، يتم اقتباسهم لهذا الغرض، و إنما كانت آراءها للتأكيد على أهمية علاقة الأم بالابن أكثر مما كانت تتوقع ما قد قام به فرويد.

اضطراب الشخصية للنوع الانفصامي:

هذا الأكثر شيوعاً ضمن الأقارب البيولوجيين المصابين بالانفصام أكثر من ما بين الأقارب المتبنيين (كيندر إت أل 1981). عرض السبعة عشر تصور منظم لدراسات الأشخاص بهذا الاضطراب في الشخصية وجد شذوذ مخي مشابه بأكثر الطرق لهؤلاء المصابين بالانفصام (ديكى إت أل 2002)، و بالتشابه، هناك دليل قوى للمساهمة الجينية لهذا الاضطراب في الشخصية بنسب توارثيه تتراوح ما بين 0.35 % – 0.81% في دراسات التوأم (جى إت أل 2006، كيندر إت أل 2006،2007)، تقترح هذه النتائج أن هذا الاضطراب في الشخصية قد يكون شكل أخف من أشكال الانفصام، أو بأن الإثنان مرتبطان ببعضها بشكل من الأشكال.

اضطراب الشخصية الحدودية:

هناك الآن حجم أبحاث مثير للإعجاب في العوامل البيولوجية في اضطراب الشخصية الحدودية (نيو إت أل 2008) و في بعض الأدلة لأهمية العوامل الجينية. دراسات التوأم تظهر نسب وراثية ما بين 0.65 % إلى 0.76 %(تورجر سون إت أل 2000، جى إت أل 2006) من المحتمل للمرضى ذو اضطراب الشخصية الحدودية من الدرجة الأولى أن يتعالجوا من اضطراب الشخصية الحدودية بعشرة أضعاف (لورانجر إت أل 1982). ركزت الدراسات الجينية على العديد من الجينات المرشحة، و بالأخص تلك الجينات المشاركة مع تنظيم السيروتونين، و وجد مشاركة كبيرة لجين 5-HTT (نى إت أل 2006)، و بالتشابه فقد صور نطاق واسع من الدراسات أنه قد تم تطبيق المادة الرمادية في الفص الجبهي و الحوفي، و كذلك التقلبات الوظيفية لدوائر القشرة – الحوفي المشاركة في التنظيم العاطفي (سيلبرسوينج إت أل 2007) و قد اقترحت مؤخراً دراسة تصورية للإلزام اليجاند و الأشخاص ذو المعاملة الخاصة أنه هناك شذوذ في تنظيم المواد الأفيونية في نفس مناطق الدماغ (بروسين إت أل 2010).

فإنه من المقبول أن يكون الأمر مزهراً لدراسة جينات صفات الشخصية (على سبيل المثال، التقلبات العاطفية و ضعف السيطرة على الانفعالات) أكثر منه ازدهارا لدراسة اضطرابات الشخصية نفسها (سيفير إت أل 2002). نظريات

العلاج الديناميكي النفسي تقترح علاقة توزيعية مع الأم في مرحلة تميز الطفل (كيرن ظ بيرج 1975)، و الأشخاص ذو الشخصية الحدودية من المحتمل أن يتم اكتشاف تعرضهم للإساءة الجسدية و الجنسية في طفولتهم (بيريلوويتش و تارنوبولسكى 1993).

اضطراب الشخصية التمثيلي:

كان هناك بضعة دراسات موضوعية حول مسببات هذا الاضطراب. لم يتم دراسة جينات هذا الاضطراب بنظريات المعايير التقييمية، و قد أسفرت الأبحاث القليلة عن نتائج غير متنافسة (مال جوفين و ثابر 1992) آراء فرويد حول دور العقدة النفسية المعقدة و فشل العلاقة الحميمية الناضجة تؤدى إلى عدم إمكانية اختبار الأمور الجنسية، و لكنها قد تساعد عند التعامل مع الأفراد التمثيلين.

اضطراب الشخصية الوسواسي:

يبدوا أن للشخصية الوسواسة مسببات مرضية وراثية جوهرية (مورى و رفلى 1981) و ذلك على الرغم من عدم معرفة طبيعتها، فتفسير المحللين النفسيين كان مؤثراً في البداية و لكنه قد تلاشى الآن حتى داخل دوائر العلاج النفسي

اضطرابات الشخصية الانطوائية، الإستقلالية، العدوانية السلبية:

جينات هذا الاضطراب لم يتم دراستها بعد، كما أن مسبباتها المرضية مجهولة حتى الآن.

دورة الاضطرابات الشخصية:

اضطرابات الشخصية معرفة كحالة مستمرة لمدى الحياة، لذلك فيتوقع تغييرات قليلة بمرور الوقت، هناك أدلة قليلة يعتمد عليها بخصوص نتائجها و البعض من اضطراب الشخصية الحدودية و بدرجة أقل لاضطراب الشخصية الغير اجتماعية هذه النتائج أوجدت قراءات مفاجئة. أغلب العمل المؤثر آتى من الولايات المتحدة الأمريكية و يستخدم باستمرار في التقييم طبقاً لمعايير DSM-IV لتشخيص اضطراب الشخصية أو لصفات اضطراب الشخصية، و بشكل عام يشير هذا العمل إلى أن اضطراب الشخصية أقل اتزانا و استقرارا مما كان يؤمن به لخص و استنتج سكودول (2008) أن الدراسات التي أجريت في عهد DSM-III، قد فشل بها أكثر من 50 % من المرضى بمرور الوقت في تلبية معايير اضطرابات الشخصية، في عرض لأربعة من الدراسات الطبيعية الكبيرة، إثنان منهما قد كشفا عن تغيير في صفات الشخصية، و الإثنان الآخران كشفا عن تغيير في الشخصية، و جميعهم أظهروا تحسينات ملحوظة، على سبيل المثال، انخفاض بنسبة 48 % في صفات الاضطراب في الشخصية ما بين أعمار 15 و 22 عام (كوهن إت أل 2005) و انخفاض في عدد استمرار تحقيق الأفراد تلبية

المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدودية و المبينة بالأسفل، في مواجهة مثل هذه الشخصيات فإنه من الصعب عدم التشكيك في صلاحية القياسات، يجب إتخاذ الحكم سواء كان يتم القياس بصدق لما نفهمه من خلال الشخصية.

اضطراب الشخصية الحدودية و تعدد النتائج ؛ يشير إلى أنه لا يمكن أن يكون كيان واحد، بل في الواقع مشكوكاً به (سكودول إت أل، 2002b) في أغلب الدراسات المؤثرة. تم إجراء مقابلة مع 290 مريض باضطراب الشخصية الحدودية في متابعة مستشفى ماكلين (زانارينى إت أل 2006) باستخدام SCID-II (فيرست إت أل 1997) كل عامين لمدة عشرة أعوام. إجمالي 88 % قد حققا تبرئة على مدار هذه الفترة، 39% بمرور عامين، 22 % بمرور أربعة أعوام، 22 % بمرور ستة أعوام، و هكذا ؛ و الذين لايزالون يظهرون اضطراب الشخصية الحدودية غالباً ما كانوا يتعاطون المخدرات بشكل مرضى أو لديهم تاريخ في الإساءة الجنسية. و قد وجد معدل الانتحار المرتفع في بعض الدراسات (8.5% في دراسة قام بها ستون إت أل 1987)، رافعة معدل الشك للاضطرابات العاطفية الغير نمطية.

أشارت الانطباعات السريرية فيما يختص باضطرابات الشخصية الغير اجتماعية و العدوانية إلى أن التحسينات القليلة قد تكون بطيئة و بالأخص في السلوك العدواني و الغير اجتماعي. في دراسة روبنز و ريجنر 1991 تقريباً ثلثي

الأشخاص ذو السلوك الغير اجتماعي الفاضح في بداية حياتهم كبالغين تحسنت لاحقاً كما حكم عليها عدد من الاعتقادات و المعارف مع الوكالات الاجتماعية، على الرغم من ذلك، فهم لايزالون يواجهون مشاكل في العلاقات كالعداء الموضح تجاه الشركاء و الجيران، كما أنه ليس كل مرضى الاضطرابات الشخصية الغير اجتماعية المحددين في الدراسات الاجتماعية لديهم مشاكل مع القانون (ريجر إت أل 1990)، و لا يلبي كل المجرمين معايير اضطراب الشخصية الغير اجتماعية (هاري 1983؛ كويد و أولريتش 2010) و سواء تحسنت الاضطرابات الشخصية الغير اجتماعية بشكل كبير بمرور الوقت أولاً هو أمر ذو أدلة متضاربة. أوضح روبنز و ريجير (1991) معدل تبرئة عالي في العقدين الثالث و الرابع، في حين أنه قد أكد رتر و رتر (1993) على استقراريتها. و الرأي الذى يقول أن المرضى يحترقون قد يكون انعكاسا للانخفاض في المساعدة للسعى كبلوغ متأخر.

لا يعرف الكثير عن نتائج مضطربات الشخصية على المدى الطويل، فإن الانطباعات السريرية الغامرة تميز اضطراب الشخصية الحدودية من الدراسات المتعاونة المتعددة المواقع ل668 تشخيص لمرضى اضطراب الشخصية تبعاً لمعايير DSM-IV في الولايات المتحدة (سكودول إت أل، 2005) نسبة التبرئة للشخصية الوسواسية القهرية هي 38% في خلال عامين و 23 % لاضطراب الشخصية الانفصامية.

بالنسبة لاضطراب الشخصية الانفصامي قد وجد مهلوم إت أل (1991) أن المتابعة لثلاث أو خمسة سنوات حيث أن نتائج اضطراب الشخصية أسوأ من اضطراب الشخصية الحدودية. يبدوا أن للمجموعة(ج) لاضطرابات الشخصية أفضل النتائج عن باقي المجاميع.

العلاج:

هناك دلائل ضئيلة لترشيد الطبيب في اختيار العلاج للاضطراب الشخصي. لقد حققت بضعة دراسات المتطلبات الأساسية من التوزيع العشوائي و التقييم الأعمى و تحكم علاجي ملائم ؛ لقد حدد تيرر و دافيسون (2000) عدة أسباب لقلة البحوث ذات الصلة السريرية، الاعتلال المشترك شائع بين اضطرابات الشخصية و الاضطرابات الأخرى و بالأخص اضطراب الأمزجة و تعاطى المخدرات.

استبعدت عدة مسارات احتمالية رجوع سبب التغيرات التابعة للعلاج إلى تحسين الحالة الاعتلالية المشتركة عوضاً عن اضطراب الشخصية، فعملياً كل الدراسات استخدمت مقاييس النتائج كالحالة المزاجية أو إيذاء النفس عوضاً عن التغيير في صفات الشخصية، من الناحية المثالية، هناك مساران باضطراب شخصية صافي ليظهر ما إذا كان العلاج لديه تأثير مستقل في أي حالة مرضية، و مسارات برغماتية متضمنة اضطرابات مرضية لتظهر تأثير العلاج المتوقع في الممارسة السريرية مدة العلاج و المتابعة قصيرة جداً عندما نحكم في مقابل المسار الطبيعي لاضطرابات الشخصية.

اقترح تيرر و دافيسون (2000) أن أدنى فترة يجب أن تكون سنتان، و غالباً ما يصاحب اضطراب الشخصية تعاون ضعيف للعلاج و معدل انسحاب مرتفع من العلاج و الدراسات.

علاج تعاطى المخدرات:

باستثناء تأثيرهم على اضطرابات الحالة المزاجية المرضية، فإن علاج المخدرات قد يؤثر شخصياً على الأساس البيولوجي لاضطراب الشخصية، أو قد يكون لديه تأثير غير محدد على القلق و العدوانية و أعراض أخرى.

الأدوية المضادة للذهان:

عادة ما يستخدم مضاد الذهان لعلاج اضطرابات الشخصية الحدودية و لكن التجارب السريرية لديها نتائج متباينة، هناك بعض الدلائل تشير إلى أن الأدوية المضادة للذهان قد تحسن أعراض معينة مجمعة في المرضى الذين يعانون من الاضطراب في الشخصية (على سبيل المثال، التقلبات المؤثرة، السلوك المتهور، اضطراب الإدراك الحسى المعرفي)، و لكن الأدلة الحالية محدودة، بالإضافة إلى أن هناك بعض الأدلة تشير إلى أن عقار الأولانزابين قد يزيد من السلوك العدواني الذى قد يؤدى به المريض نفسه (ليب إت أل، 2010)، بعض الأدوية المضادة للذهان قد أشارت أنها قد تكون ذو فائدة في اضطراب الشخصية الانفصامية (كوينجربرج إت أل 2003، كيشافان إت أل 2004).

الأدوية المضادة للاكتئاب:

لقد تم اختيار الأميتاريبتيلين في مقابل الدواء الوهمي كعلاج لاضطراب الشخصية الحدودية (سولوف إت أل 1986، سولوف 1994) لقد استجاب بعض المرضى بشكل جيد، بينما لم يستجيب البعض الآخر نهائياً؛ ربما يكون ذلك عائداً لمصاحبة اضطراب الإحباط.

اقتراح تحليل ميتا أن الSSRIs غير مفيدين في الأعراض الإحباطية المتواجدة كجزء من اضطراب الشخصية الحدودية، و لكن قد يشير إلى أحداث مميزة للإحباط المرضى (ليب إت أل 2010).

المثبتات المزاجية:

أفادت التقارير بأن عقار الفالبروات يحسن العدوانية و الإحباط و أعراض عامة في اضطراب الحدودية في مسار عشوائي صغير (هوللاندر إت أل 2003) و قد أفاد بخصوص عقار الليثيوم أنه يزيد من مشاعر الغضب و التهور في الشخصية الغير اجتماعية حيث أنه لم ينسخ بشكل مقنع، فهناك الآن صعوبة عملية واضحة في الأفراد ذو السلوك المتهور منهم قد لا يطابقون الاستخدام الأمن لعقار الليثيوم عرض تحليل الميتا لخص موضحاً أن مثبتات المزاج المضادة للاختلاج كالتوبيرامت، فالبروات، لاموتريجين قد يكونوا مفيدين في عدد من جوانب الشخصية الحدودية متضمناً التقلبات التأثيرية و السلوك العدواني (ليب إت أل 2010).

العلاج النفسي:

واحدة من أهم الخدمات التي قد يقدمها الطبيب النفسي لمرضى الاضطرابات في الشخصية هي الصدق بجانب الدبلوماسية في المشاركة في فهم مجريات الأمور.

أغلب المرضى قد يدركوا بأن لديهم مشكلة من نوع ما وأنهم مستعدين بشكل واقع للاستماع لما سيعرضه الطبيب النفسي عليهم، و قد يكونوا قد لجئوا إلى الطب النفسي فقط لاقتراح الآخرين لذلك حيث أنها فرصة للتحدث خلال نقاط الضعف و القوة للردود المعتادة و سيساعدهم ذلك على وضع أنماط خصائص سلوكهم في الحسبان و ربما سيساعدهم على إيجاد استراتيجيات أقل ضرر للتعامل مع الصعوبات، كما أنها ستتجنب تطور التوقعات الغير واقعية لما قد يفعله الآخرون و التي قد تؤدى إلى استقلالية غير منتجة.

الانتظام في الحضور للعيادات الخارجية عندما لا يمكن فعل شيء في الواقع قد يبدو حميد و رحيم و لكنه قد يرسل رسائل مضللة قوية سواء بالنسبة للمريض و للآخرين الذين تتصل بهم.

هناك أدلة متزايدة حول فعالية العلاج النفسي للمرضى ذو اضطراب الشخصية و لخص باتيمان وتيرر (2004a) بأن هناك أدلة مشجعة بوجود بعض المرضى باضطراب شخصية قابلين للعلاج.. على الرغم من ذلك، فليس هناك أدلة كافية لإجراء أي توصيات محددة لأي علاج نفسى خاص.

تحليل الميتا الأربعة عشر من التجارب للمتغيرات النفسية و الإحدى عشر تجارب العلاج السلوك المعرفي (CBI) (ليشسنرينج و ليبنيج،2003) و على الرغم من أن حجم لا يمكن مقارنته بشكل مباشر بسبب الاختلافات في تعدد

المرضى و لمتغيرات أخرى و فقد أفادت التقارير عن وجود نتائج مشابهة و مشجعة و لكن ليست محددة لوجود اضطراب الشخصية الحدودية في عرض تعاوني لاثنين من الكوشرين لكلاً من العلاج النفسي و العلاج الدوائي (بينكس إت أل 2009، ستوفلرز إت أل 2010)

العلاج الداعم:

كان الدعم النفسي العماد الأساسي لعلاج الأفراد باضطراب في الشخصية و بالنسبة للبعض يمكن تحقيق تقدم متواضع من خلال الحصول على نقطة مرجعية أمنة و حس يأخذ المريض على محمل الجد على مدى أشهر أو سنوات في بعض الأحيان، قد يوفر هذا الدعم من خلال أعضاء فريق الطب النفسي أو من خلال ضابط المراقبة إذا كان هذا الفرد قد خرق القانون مخاطر هذا النهج " الأبوي " في تزايد ملحوظ، و من الأفضل أن يكون العلاج النفسي الداعم مقصور على كبار الموظفين بشكل عادل، حيث أنه من الصعب القيام بعمل جيد و لديه العديد من الانزلاقات.

الاستشارات:

استشارات حل المشاكل، قد تساعد المرضى على التعامل مع الظروف المرهقة التي تثير السلوك الشاذ أو المشاعر المؤلمة، هذا النهج أقل احتمالا من أشكال الاستشارات الأخرى التي تؤدى إلى الإستقلالية و تحويل المشاكل في المرضى

بمجموعة (ج) للاضطرابات، فهم عملياً يتماشون مع المريض خطوة بخطوة و محل تقدير من المريض باضطراب مجموعة (ب).

استشارة المتغيرات النفسية و التي تربط خبرات و تجارب الماضي بالحاضر، يجب استخدامها بانتقاء مع اضطرابات الشخصية، فمن المحتمل أن تساعد الأشخاص اليافعين الفاقدين للثقة و يواجهون صعوبة في تكوين العلاقات و غير واثقين من اتجاه حياتهم الذى يجب أن يسلكوه، على الرغم من ذلك، بالنسبة للشخصيات الغير اجتماعية و الحدودية فإن استشارة المتغيرات النفسية المنعزلة عبارة عن إشكالية بالنسبة لهم.

العلاج الديناميكي النفسي:

هذا العلاج أكثر طموحاً و يتطلب رغبة الشخص في التغيير و قدرته على التعاون، غالباً ما يحتاج التكنيك إلى التعديل ؛ مع تركيز أقل على إعادة إعمار الأحداث الماضية و تركز أكثر على طرق التواصل مع الآخرين و التعامل مع الصعوبات الخارجية و المشاعر، يعتبر تحليل إدارة التحويل و مكافحة النقل أمراً حاسماً لنجاحه تعديلاً أكثر حداثة، و معروف باسم "عملية التعقيل" و يهدف إلى مساعدة المرضى لزيادة الوعى لمشاعرهم الفورية، و من خلال هذا سيمكنهم فهم المشاعر و المعتقدات و الرغبات بشكل عام أكثر و في النهاية إدراك استجابتهم للآخرين و ردود أفعال الآخرين لهم ، كان هناك بضعة دراسات

تحكمية لهذا النوع من العلاج لاضطراب الشخصية للسماح للاستنتاجات بالتوضيح بخصوص فعاليته و لكنها أصبحت مؤثرة جداً كنموذج للمستشفيات العلاجية اليومية.

العلاج الإدراكي:

تم تبنيه ليستخدم في اضطراب الشخصية (من قبل بيك و فريمان 1990). تستخدم تقنيات العلاج الإدراكي المعتاد، و لكن لاتزال النتائج تمهيدية. فشل دليل المساعدة في العلاج الإدراكي في تقليل تكرار أذى النفس في اضطراب الشخصية الحدودية (باتيمان و تيرر 2004a)، على الرغم من ذلك، فإن نموذج متخصص للعلاج الإدراكي الحساس جداً، و معروف بالعلاج السلوكي الجدلي (لينيهان إت أل 2002) قد ادعى أنه يقلل من نسبة آذى المريض لنفسه للمريض ذو اضطراب الشخصية الحدودية، فهي متطلبة للغاية على حد سواء للمريض و نطاق واسع من فريق العلاج، و لكنه يعتبر حالياً علاج الاختيار.

علاج تحليلي إدراكي:

هذا النهج مستخدم مع اضطراب الشخصية الحدودية (رايلى 1997) و لكن لم يتم نشر قيمته في التجارب السريرية، كما أن مخطط نهج التركيز كان مستخدماً أيضاً (يونج 1999)، و لكن ذلك أيضاً ينتظر التقييم في تجارب السيطرة عليها.



إدارة اضطراب الشخصية:

التقييم:

يجب تقييم نقاط الضعف و القوة لدى الفرد بجانب التشخيص فنقاط القوة مهمة جداً ؛ و ذلك لأن العلاج يجب أن يبنى على عوامل و سمات مفضلة بجانب محاولة تعديل الغير مفضل لديه و يجب أن يتلو ذلك التقييم ؛ تقييم لظروف المريض.

أهداف الإدارة العامة:

على الرغم من أن هناك بعض التقدم في أحداث التغيير في اضطرابات الشخصية فإن الإدارة لاتزال تتألف في معظمها على مساعدة الناس لإيجاد نهج للحياة أقل صراعاً مع شخصياتهم، مهما كان العلاج المستخدم يجب أن تكون الأهداف منشودة متواضعة و يجب السماح بالوقت الكافي المطلوب لتحقيق الأهداف، فالثقة و السرية في العلاقة هم أساس العلاج، على الرغم من ذلك، يجب توخى الحذر لتجنب الاعتماد المفرط، كما أن العلاج الجماعي قد يكون وسيلة للتقليل من الاعتماد و زيادة التعلم الاجتماعي.

غالباً ما يشترك أكثر من متخصص في العناية بهؤلاء المرضى، بالمساعدة بجوانب العلاج الدوائي و النفسي و الاجتماعي، و قد تكون تلك استراتيجية خطرة كما

أنه يجب أن يكون هناك تعاون قريب لتجنب تناقضات المناهج، قد يتفاعل العديد من المرضى بشكل سيء تجاه التغييرات في الفريق، و ذلك الأمر من شأنه أن يعيد تمثيل الخسائر المؤلمة و الرفض أو حتى عملية الفصل في حياتهم المبكرة حقيقة واحدة، و إن كانت العلاقة محدودة قد تكون أفضل بكثير في تعلم التجارب عن نطاق المعارف الواسعة، بغض النظر عن مدى مهارتهم.

يجب أن تشتمل الخطة الكلية على محاولة لمساعدة المريض على التعامل مع المواقف التي تثير صعوبات بالنسبة له بشكل أقل، و إيجاد فرص أكثر له لتنمية مميزاتهم في شخصياتهم، فيجب تشجيعهم لتولى دور حيوي و فعال في التخطيط لرعايتهم، كما أنه يجب شرح الأسباب التي بسببها اتخذت القرارات بشكل واضح، كما أن مساعدتهم حتى لا يضيفون مشاكل أخرى فوق مشاكلهم عن طريق إساءة استخدام المخدرات أو الكحول أمر ضروري جداً، و حتى إذا لم يتم تحقيق إنجازات كبيرة فهذا النهج قد يجعل الموقف مستقر حتى تقوم أي متغيرات في حياة المريض بالتحسن.

اختيار العلاج النفسي. قد تم استكشاف العلاج الديناميكي النفسي أو العلاج النفسي الإدراكي عندما يتم تحفيز المريض بشكل كبير و عندما تكون حالته مستقرة بما فيه الكفاية حتى يكونوا على مقدرة على التركيز على العلاج،

سيعتمد هذا النهج على نوع اضطراب الشخصية، على المقدرة المحلية، و على أفضلية المريض.

اختيار العلاج الدوائي. تلعب الأدوية دوراً صغيراً في علاج اضطرابات الشخصية و لا يجب أن يكون هو الخيار الأول و عندما يتم وصف الأدوية يجب أن تكون جزءً من خطة أكبر تحتضن الرعاية الاجتماعية و النفسية، الأدوية المزيلة للقلق يجب أن تستخدم بحذر شديد بسبب خطورة الاعتماد المفرط عليها.

الأدوية المضادة للاكتئاب، تستخدم بشكل أساسي للأمزجة المصاحبة للاضطراب – و هو سبب شائع لتدهور المشاعر و مشاكل السلوك المصاحبة لاضطراب الشخصية. استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب في اضطراب الشخصية الحدودية تم شرحه بالأسفل و مضادات الذهان مفيدة أحياناً في تقليل السلوك العدواني.

منظمات الخدمة. يمكن للطبيب الممارس الواحد أن يهتم بالأشخاص المضطربين في الشخصية و قد يدمج جوانب العلاج النفسي و الدوائي و الاجتماعي للعلاج و قد يستدعى مساعدة المتخصصين إن تطلب الأمر، فهذا يسهل على الطبيب الفهم و مساعدة بمشاكل العلاقات و يؤكد ذلك على الوحدة الأساسية لمشاكل الشخص المتنوعة، على الرغم من ذلك، فإنه من

الممكن أن يكون من الصعب الحفاظ على الموقف عندما يكون اضطراب الشخصية شديد، بدلاً من ذلك، يمكن توفير الرعاية من خلال فريق المجتمع بعامل أساسي ينسق مساهمات أعضاء باقي الفريق بما أن المنشور الأخير لقسم الصحة، اضطرابات الشخصية، لا وجود لتشخيص الإقصاء بعد الآن (المؤسسة العالمية للصحة العقلية في إنجلترا 2003) في المملكة المتحدة فقد بدأ فريق عمل متخصص في علاج اضطرابات الشخصية، يختلف ترتيبهم بشكل هائل و لكن السمة الأساسية هي شكل البرنامج العلاجي اليومي معتمداً على مبادئ المجتمع العلاجي و مبادئ مدمجة للسلامة العقلية (باتيمان و فونجأي 2001)، لعرض الخدمات للمريض ذو اضطراب الشخصية.

التقدم:

يتحقق التقدم كسلسلة من الخطوات الصغيرة حيث يترك الشخص بشكل تدريجي تجاه التسوية المرضية. النكسات أمر شائع الحدوث، و لكن يمكن استخدامها بشكل بناء، حيث أنه بحلول هذا الوقت يكون المريض على استعداد لمواجهة مشاكله، على الرغم من أن المعالجين يجب أن يحاولوا أكثر لمساعدة المرضى من اضطراب الشخصية، فيجب أن يدركوا أن بعض الأشخاص قد لا يستفيدوا من ذلك.

إدارة اضطرابات الشخصية المحددة:

اضطراب الشخصية ليس مرشد جيد دائماً لاختيار العلاج الفعال، و مع ذلك، تم وصف بعض الجمعيات، على أساس التجارب الرئيسية بشكل أساسي و سيتم التفكير في هذا لاحقاً.

لا يندمج الشخص ذو اضطراب الشخصية بجنون العظمة مع العلاج بشكل جيد و ذلك لأنه شخص حساس و شكاك، الأشخاص ذو اضطراب الشخصية الانفصامي يتجنبون الاتصالات الشخصية القريبة، و غالباً ما ينسحبون من العلاج بعد عدة جلسات، و إذا كان هناك احتمال لإقناعهم بالاستمرار في العلاج. يجب على المعالج النفسي أن يحاول مساعدة هؤلاء الأشخاص ليدركوا مشاكلهم و كيف يستجيبوا لهم بطرق أقل صعوبة، لهذين النوعين من

الاضطرابات يعتبر تقدمهم في العلاج بطئ و محدودي النتائج، و غالباً ما لن ينجح العلاج النفسي الاستكشافي و الأدوية في العموم غير مفيدة.

عادة ما يتكون علاج اضطراب الشخصية الغير اجتماعية من المقاييس العامة التي سبق ذكرها للعلاج الدوائي قيمة ضئيلة، فيما عدا أن العلاج المضاد للذهان قد يكون له التأثير المؤقت لتهدئة السلوك العدواني الذى ظهر في استجابة زيادة التوتر، و قد يكون بحاجة للعلاج المضاد للاكتئاب للاضطراب الاكتئابي المرضى.

لقد زعم أن عقار الليثيوم يقلل من السلوك العدواني لدى بعض المرضى ، على الرغم من ذلك، لا يجب أن يوصف إلا إذا كان من المؤكد أن المريض سيتعاون عن قرب بأنظمة الجرعة و المتطلبات الأخرى للسلامة. الأدوية المزيلة للقلق يجب تجنبها لأنها قد تجعل المريض يعتمد عليها بشكل مفرط و لا يستطيع التوقف عن تناولها.

لا يستجيب المرضى ذو اضطراب الشخصية الوسواسية بشكل جيد للعلاج النفسي، فالعلاج الغير متمكن قد يؤدى إلى تفكير المريض المرضى بشكل مفرط و هذا من شأنه أن يترك الشخص يشعر بحال أسوأ مما سبق. يجب أن يوجه العلاج تجاه تجنب المواقف التي من شأنها أن تزيد الصعوبة على المريض، كما أنه يجب أن يطور طرق أفضل للتعامل مع المواقف المربكة و التوترية، غالباً ما يسعى

المرضى لإيجاد مساعدة خلال فترة الاضطراب الاكتئابي، ومن المهم أن تحدد هذه الحالة المرضية و تعالجها.

عادة ما يكون لدى المرضى ذو اضطراب الشخصية الانطوائية احترام ذات منخفض و يخشون الرفض و النقد من الآخرون، يمكن علاجهم عن طريق العلاقات العلاجية النفسية حيث يشعرون بقيمتهم و يكونوا على مقدرة على إعادة التفكير في رؤيتهم لنفسهم، بينما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار احتمالية الاضطراب الاكتئابي المرضى المتطلب للعلاج لدى اضطراب الشخصية الوسواسية.

غالباً ما يتم مساعدة المرضى باضطراب الشخصية الإستقلالية عن طريق استشارات حل المشاكل حيث يتم تشجيعهم لتولى مسؤلية أنفسهم بشكل متزايد. يجب تجنب الوصف العلاجي الدوائي لهم إلا إذا كان هناك مصاحبة لاضطراب الاكتئاب.

المجتمعات العلاجية النفسية و وحدات الخطر الشديد لاضطرابات الشخصية:

بعض المجتمعات العلاجية المبكرة كمستشفى هندرسون في إنجلترا متخصصة في علاج اضطرابات الشخصية الغير اجتماعية لم تقم بعمل تقييم تحكمي لهذا العلاج و لكن تم تطبيقه على نطاق واسع من خدمات السجون حيث تبدوا النتائج مبشرة و واعدة نسبياً (و نقاش تلك النتائج بشكل عملي طبقاً لحالات الإخلال بالسلوك الإزعاجي). شهد العقد الأخير عودة للاهتمام بالعلاج النفسي لاضطراب الشخصية الغير اجتماعية، و يعكس هذا تعصب المجتمع المتزايد للمخاطر، و دقة أكبر في فهم و قياس المرض العقلي، على الرغم من أن اضطراب الشخصية الغير اجتماعي و المرض العقلي غير مترادفان إلا أن التداخل بينهما مأخوذ في الحسبان، تعتمد قائمة مراجعة المرض العقلي التي طورها هاري (1991) على تحديد مخاطر المرض العقلي المرتفعة، تم تقديم الفئة الإدارية لخطر اضطراب الشخصية الشديد (DSPD) في إنجلترا عام 2000، وحدد وحدات إرشاد في مستشفيات مؤمنة بدرجة عالية و في السجون المؤمنة بأقصى درجة لعلاجهم. إن تصميم الDSPD (و الذى لم يتم تشخصيه) مبنى على درجات المرض العقلي، تشخيص اضطراب الشخصية و على تقييم للمخاطر الكبيرة، من المتوقع للعلاج أن يستمر لعدة سنوات و مبنى بشكل أساسي على CBT و بعض برامج المخالفة المحددة للسجون. من غير الواضح كيف سيثبت ذلك العلاج المثير للجدل و الغالي جداً مدى تأثيره.

اضطراب الشخصية التمثيلي:

هؤلاء المرضى يطلبون متطلبات كثيرة من مقدمي الرعاية الخاصين بهم، تتضمن المشاكل المتكررة محاولات لفرض حالات غير عملية على العلاج، طلب أدوية علاجية غير ملائمة، و طلب مساعدة في أوقات غير معقولة، و تتضمن المشاكل الأخرى سلوك مغرى، تهديد بإيذاء النفس، و محاولات لإطالة المقابلات بدون مبرر – من المهم جداً تحديد هذه المشاكل مبكراً.

حيث أنه بمجرد أن يبدأ المريض بها، فمن الصعب السيطرة عليها. يجب مناقشة السلوك مع المريض، و توضيح الحدود الموضوعية بتقديم المساعدة الملائمة عندما يتم شرح السلوك المرفوض، يجب أن يركز العلاج على تطوير طرق أكثر متبناه للتعامل مع المواقف المليئة بالتوتر و الضغط، للأدوية قيمة قليلة إلا إذا كان هناك اضطراب اكتئابي مرضى.

اضطراب الشخصية الحدودية:

المشاكل العامة في اضطراب الشخصية الحدودية مشابهة للمشاكل التي تواجه اضطراب الشخصية التمثيلية (انظر للأسفل)، فهذا ليس بشيء مفاجئ ليتداخل التشخيص، على الرغم من ذلك، لقد تم البحث بشكل شامل لاضطراب الشخصية الحدودية و قد نشر اختيارات العلاجية أكثر. كما أن استشارة حل المشاكل مفيدة في بعض الأحيان. نصح إرشاد حديث من قبل المؤسسة المحلية للصحة و الامتياز السريري بعدم تناول الأدوية إلا إذا كان هناك اضطراب مرضى واضح(على سبيل المثال، الاكتئاب الكبير).

على الرغم من ذلك، فإن عرض الميتا التحليلي لليب إت أل 2010 لخص محدداً بأن هناك بعض الأدلة و إن كانت محدودة بأن الأدوية المضادة للذهان و الأدوية المضادة و المثبتة للمزاج قد يكون لها تأثير جيد على نواحي اضطراب الشخصية الحدودية، كالاستقرار العاطفي، عدم القدرة على السيطرة على السلوك المتهور و على أعراض الإدراك الحسى المعرفي، و مع ذلك، فلا يبدو أن العلاج الحالي على مقدرة لتعديل جوهر أعراض الحدودي المرضية كالخوف من الهجران و الشعور بالفراغ و ضياع الهوية.

يمكن تجربة عدة علاجات نفسية إذا توافرت الموارد، و حتى مع وجود نتائج مشجعة لعلاج السلوك الجدلي (لينهان إت أل 1991) و وحدات العلاج

النفسي الديناميكي اليومي، إلا أنه لم يوضح أيهما له وجود تأثيري يعتمد عليه و مستمر و يجب أخذ النقاط الآتية بعين الاعتبار.

علاج نفسي ديناميكي:

سيكون من الصعب علاج المرضى ذو اضطراب الشخصية الحدودية بنماذج العلاج النفسي الديناميكي المعتاد و العلاج المفرط في التفاؤل قد ينتج عنه انخفاض في التحكم في المشاعر و الزيادة في الاندفاع، وصف كيرنبرج (1993) نهج يدعى العلاج النفسي المعبر، و الذى زعم أن له نتائج جيدة (ستون إت أل 1987) و لكن لم يتم التبليغ عن أي تجارب عشوائية تحكمية. لعرض العلاج النفسي الديناميكي لاضطراب الشخصية الحدودية

علاج السلوك الجدلي:

فهو واحد من القلائل الذين تم تقييمهم في تجارب تحكمية مع المرضى الإناث الحدوديين اللاتي حاولن الانتحار مراراً.

DBT كان له تأثير في تقليل الأذى للنفس، و لكن لم يتم تقييم آثره على اضطراب الشخصية بشكل مباشر، فهو علاج متطلب جداً و أغلب فوائده تفقد في المتابعة الطويلة المدى (لينيهان إت أل 1991).

العلاج النفسي الجماعي:

هذا العلاج لديه ميزة كبيرة، و هي العلاقات في مجموعة كبيرة بدلاً من كونها مقتصرة على المعالج النفسي فقط و يعلق المشتركين على السلوك و الذى قد يتقبلوه بسهولة أكثر من المعالجين.

التحليل النفسي الموجه "التعقيل" للعلاج اليومي:

لقد تعرض هذا النهج لاثنين من التجارب ذات الشواهد الصغيرة (باتيمان و فونجاي 1999، 2001)، و الذى أظهر تحسناً مستمراً كبيراً و هو حالياً مفضل للاستخدام و يؤخذ بعين الاعتبار، فهو يجمع ما بين المجموعات التحليلية و علاج الأفراد النفسي، و صمم ليزيد من مقدرة المريض على إدراك حالته العقلية بشكل أفضل في المقام الأول، و من خلال هذا سيدرك الحالة العقلية للآخرين. أكدت الوحدات اليومية على نهج الفريق و على تقبل دور علم النفس لجميع الفريق، وجد فريق التمريض أن هذا النهج يمكن تعلمه بسهولة و بسرعة و يمكن تعميمه للأنظمة السريرية الأخرى و يكافئوا على استخدامه.

المشاكل الأخلاقية :

وصمة العار و مشاركة المريض:

في الأفكار البدائية للجنون الأخلاقي لوقتنا هذا، فقد تم ربط مبدأ اضطراب الشخصية للحكم الأخلاقي، فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب في

الشخصية يعتقدون أن بهم شيء غير ملائم يمكن تحسين ذلك من خلال بعض السلوكيات المهنية و من خلال الصعوبات التي خاضها الأشخاص ذو اضطراب الشخصية في الوصول للعلاج النفسي و الخدمات الأخرى. بمجرد إتمام عملية التشخيص، فهو يميل للبقاء و أن يؤثر على الرعاية اللاحقة للشخص، و كذلك طريقة تفكير الآخرين به على مر الزمن، و لذلك السبب، العديد من الأطباء مترددون في إتخاذ التشخيص.

هذا الوضع تغيير الآن، و وثيقة السياسة الحديثة، اضطراب الشخصية: لا مزيد من التشخيص الإقصائي (المؤسسة المحلية للصحة العقلية في إنجلترا، 2003)، قد أوضحت الحاجة لجميعه الأطباء للاندماج مع الأفراد المصابين بالاضطراب العقلي، حتى و إن كان لا يؤمن الطبيب بأن بإمكانه تغيير شخصية المريض، فهو ليس سبباً لعدم علاج المشاكل المصاحبة، هذا الاهتمام المتجدد قد أدى أيضاً إلى بدء فرق علاج نفسى محدد و خدمات لمرض الاضطراب الشخصي، تعدد هذه الخدمات (عاكسة غياب دلائل العلاج المحدد القوى)، و لكن فكما ذكر مسبقاً، تمركز العديد منهم حول خدمة العلاج النفس الديناميكي اليومي (باتيمان و تيرر 2002).